

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

No

120

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Février 1891, à 1 heure

Par J.-B. PETIT,

Né à Mory-Monterux (Oise), le 28 août 1863.

DE

L'HYGROMA TROCHANTÉRIEN

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
 { SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

120

Année 1891

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 12 Février 1891, à 1 heure

Par J.-B. PETIT,

Né à Mory-Monterux (Oise), le 28 août 1863.

DE

L'HYGROMA TROCHANTÉRIEN

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { GUYON, professeur.
 { SCHWARTZ et NÉLATON, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARTEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TILLIAUX.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	LE FORT.
	DUPLAY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. A. RICHET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NETTER.	RICARD.
BAR.	GLEY.	POIRIER, chef des	ROBIN (Albert).
BLANCHARD.	HANOT.	travaux anatomi-	SCHWARTZ.
BRIS-AUD.	HUTINEL.	ques.	SEGOND.
BRUN.	JALAGUIER.	POUCHET.	TUFFIER.
CAMPENON.	KIRMISSON.	QUENU.	VILLEJEAN.
CHANTERESSE.	LÉTULLE.	QUINQUAUD.	WISS.
CHAUFFARD.	MARIE.	RETERER.	
DEJERINE.	MAYGRIER.	REYNIER.	
FAUCONNIER.	NELATON.	RIBEMONT-DESS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

L'arrêté en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON ONCLE.

A MA FAMILLE ET A MES AMIS.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FELTZ,

Médecin de l'hôpital de Saint-Denis.

A MON EXCELLENT MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR POLAILLON,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

HISTORIQUE ET INTRODUCTION

L'histoire pathologique des bourses séreuses trochantériennes commence avec Pétrequin, en 1837. A plusieurs reprises, cet auteur émet l'opinion que l'ostéite du grand trochanter reconnaît très souvent pour cause l'inflammation de ces diverses cavités.

En 1846, il inspire la thèse de son élève Game.

A la même époque, Cruveilhér, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, parle d'une tumeur fluctuante profonde de la région trochantérienne qu'il observa chez un homme de 40 ans, et qu'il reconnut être « une hydropisie de la vaste et belle synoviale intermédiaire au grand trochanter et au tendon du grand fessier ».

Dans les *Archives de médecine* de 1853, Chassaignac publie, le premier, un travail d'ensemble sur l'inflammation des bourses trochantériennes; mais cette étude est incomplète, ce qui s'explique sans doute par ce fait que chez tous les malades soumis à son observation, l'affection était de date récente.

En 1872, Foix, interne des hôpitaux, publie dans les *Archives générales de médecine*, six observa-

tions puisées dans les auteurs anglais, de lésions de la bourse trochantérienne ayant simulé la coxalgie.

Mais, c'est à M. le professeur Duplay que revient l'honneur d'avoir mis en relief les particularités les plus importantes au point de vue clinique de l'affection qui nous occupe. Le premier il analysa avec soin les troubles fonctionnels auxquels elle donne souvent lieu ; il insista sur leur ressemblance parfois presque complètes avec ceux de la coxalgie, et il posa les éléments d'un diagnostic différentiel précis.

L'hygroma trochantérien, en effet, est avant tout une affection péri-articulaire, et ce qui fait son intérêt, ce ne sont point ses caractères anatomopathologiques qui sont, en réalité, ceux de toute bourse séreuse enflammée, mais le trouble qu'il est susceptible de déterminer dans les fonctions du membre.

Puis M. le professeur Duplay agrandit encore la question : en dehors des bourses trochantériennes, il y a à la hanche de nombreuses bourses séreuses annexées aux différents muscles qui s'insèrent à l'extrémité supérieure du fémur ; que l'on suppose toutes ces bourses séreuses affectées simultanément, et l'on aura alors tout un ensemble de symptômes morbides, analogues à ceux qui sont sous la dépendance de l'inflammation de l'articulation elle-même, et qu'il sera nécessaire au plus haut point de rapporter à leur véritable origine. De même que, à l'épaule, il y a, à côté de l'arthrite, la péri-arthrite scapulo-humérale, de même à la hanche, nous au-

rons, à côté des lésions articulaires, la *péri-arthrite coxo-fémorale*.

Les thèses de Vacherie, 1872, de Renou, 1874, de Mielly, 1879, inspirées par M. Duplay, résument les travaux antérieurs et apportent quelques faits nouveaux.

En 1889, Frédéric Si-Mohammed étudie plus particulièrement les épanchements sanguins qui peuvent se produire dans les bourses trochantériennes.

Cette thèse nous a été inspirée par M. le docteur Palaillon, à propos d'un malade de son service porteur d'une fistule de la région trochantérienne droite. M. Palaillon porta le diagnostic de fistule consécutive à un hygroma de la bourse sous-aponévrotique, et l'opération fit découvrir, sur la face externe du grand trochanter, entre ce dernier et l'aponévrose fascia lata, une cavité circulaire à parois épaisses, qui n'était autre que la bourse séreuse chroniquement enflammée.

Nous avons fait alors quelques recherches sur ce sujet. Dans la plupart des traités d'anatomie, la région trochantérienne est décrite, en général, très rapidement, et les auteurs insistent peu sur les bourses séreuses qui en font partie. Il est parlé d'une cavité elliptique située entre le grand trochanter et le tendon du grand fessier, mais nulle part nous n'avons trouvé de description se rapportant à la cavité que nous avons observée chez le malade de M. Palaillon. Peut-être faudrait-il faire une exception toutefois, pour les quelques lignes consacrées à ce

sujet par Chassaignac dans son *Traité de la suppuration*. Il y avait donc là un point intéressant à étudier, et nous avons fait quelques dissections pour nous rendre compte du nombre des bourses séreuses de la région trochantérienne et de leur disposition exacte par rapport aux différents plans qui composent cette région. On trouvera ces recherches consignées au chapitre « Anatomie ».

Le malade dont nous venons de parler était instructif à un autre point de vue. En l'examinant avec attention, on reconnaissait que le grand trochanter était épaissi, beaucoup plus volumineux que celui du côté opposé, et douloureux à la pression. Le tissu osseux lui-même était donc intéressé. On voit immédiatement l'importance considérable de cette complication, et une nouvelle question se présentait à l'esprit : rechercher la fréquence et les différents caractères de cette altération osseuse. Les observations que nous avons recueillies ne sont pas très explicites à cet égard ; dans un petit nombre seulement il est parlé de l'état du grand trochanter, de sorte que les conclusions auxquelles nous sommes arrivé devront très probablement être modifiées lorsque l'on sera en possession d'un plus grand nombre de faits mieux observés.

Avant de commencer cette étude, nous avons à cœur de remercier tout particulièrement notre ancien maître, M. le docteur Polaillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de La Pitié, et nous le prions de vouloir

bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous sommes heureux de pouvoir adresser à nos savants maîtres des hôpitaux, MM. Humbert, Landrieux et Bar tous nos sentiments de reconnaissance pour leurs excellentes leçons.

Nous remercions également M. le professeur Duplay du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

De la région trochantérienne.

La région trochantérienne n'est pas décrite dans les traités d'anatomie topographique à titre de région distincte. Elle est considérée comme marquant la limite respective de l'aîne et de la fesse, ce qui fait qu'il n'en est parlé que très brièvement. Son étendue, il est vrai, est peu considérable ; les plans qui la composent sont en petit nombre ; toutefois, si on l'étudie attentivement on reconnaît qu'elle a, elle aussi, un caractère propre, dominant ; ses altérations, en dehors même des lésions osseuses, donnent lieu à des considérations spéciales, de sorte qu'elle est susceptible d'être envisagée isolément.

Ses limites sont celles de l'éminence osseuse qui en forme le squelette. Très saillante à l'extérieur, elle est située, comme nous l'avons dit, entre la région de l'aîne en avant, et la fesse en arrière. Une dépression longitudinale, désignée sous le nom de *gouttière ischio-trochantérienne*, la sépare de cette dernière. C'est au niveau de ce sillon, au dessous du muscle grand fessier que passe le nerf sciatique

après sa sortie du bassin pour se rendre dans la loge postérieure de la cuisse.

Lorsque le membre est dans la demi-flexion, le bord supérieur du grand trochanter correspond à la partie moyenne d'une ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ischion, ou ligne de Nélaton-Roser. C'est là un point de repère important pour le diagnostic des luxations de la tête du fémur.

Superposition et structure des plans.

Les couches qui constituent la région sont les suivantes :

- 1^o La peau ;
- 2^o Le tissu cellulo-graisseux sous-cutané ;
- 3^o L'aponévrose fémorale ou fascia lata et la partie antérieure du grand fessier ;
- 4^o Une couche de tissu cellulo-graisseux renfermant de nombreuses cavités séreuses ;
- 5^o Le grand trochanter recouvert de son périoste et des insertions tendineuses du moyen fessier et du vaste externe.

La peau est blanche, glabre et doublée à sa face profonde d'un pannicule adipeux.

Ce pannicule, d'épaisseur variable, est divisé en une multitude de loges par des trabécules et des lamelles élastiques qui se détachent de la face profonde du derme. C'est entre cette couche cellulo-graisseuse sous-cutanée et l'aponévrose fascia lata que l'on rencontre une première bourse séreuse. « La région trochantérienne, dit Chassaignac, ainsi que

toutes les régions dans lesquelles la peau est soulevée par une saillie osseuse, exposée à des frottements presque continuels. présente une de ces bourses sous-cutanées qui doivent être considérées comme des appareils de protection de la peau, quoique placées au dessous d'elle.

Voici les caractères que présentait cette cavité sur le cadavre d'un homme âgé d'environ 65 ans et de grande taille (1).

Elle était de forme ovale. Le grand diamètre dirigé suivant l'axe du membre, mesurait deux centimètres à deux centimètres et demi. L'extrémité supérieure était située à environ deux bons travers de doigt au dessous du bord supérieur du grand trochanter. En rapport par son bord antérieur avec la dépression aponévrotique qui sépare le tenseur du fascia lata du grand trochanter, elle avait une largeur d'environ un centimètre et demi. Sa face profonde adhérait intimement à l'aponévrose fascia lata, sa paroi externe se confondait avec le tissu cellulaire sous-cutané. La cavité était anfractueuse et paraissait limitée par une membrane très peu résistante.

Cette bourse séreuse n'est pas constante, elle n'existait pas sur un second sujet.

(1) La description des bourses séreuses sous-cutanée et sous-aponévrotiques est l'exposé des recherches que nous avons faites sur deux sujets, à l'amphithéâtre des hôpitaux.

Nous prions M. le docteur Sébilleau, prosecteur, de vouloir bien agréer nos remerciements pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués.

Dans tout le reste de l'étendue de la région, le pannicule adipeux est uni au fascia lata par un tissu cellulaire lâche et peu adhérent.

Après avoir enlevé la peau et le tissu cellulo-graisseux qui recouvrent la face externe de la hanche « on a sous les yeux, dit Farabeuf, en arrière le grand fessier et son enveloppe, en haut la portion iliaque de l'aponévrose fémorale (aponévrose du moyen fessier), et plus en avant la gaine du tenseur du fascia lata.

« Si j'avais à décrire la hanche, je verrais là un véritable deltoïde à faisceaux postérieurs très développés (grand fessier) à faisceaux moyens remplacés par des fibres aponévrotiques ilio-fémorales, et à faisceaux antérieurs représentés par le muscle tenseur du fascia lata. Celui-ci n'est-il pas, en effet, compris dans un dédoublement de l'aponévrose comme le grand fessier lui même ».

Au dessous de ce plan, nous trouvons enfin le grand trochanter recouvert des expansions tendineuses du moyen fessier et du vaste externe et entouré des muscles nombreux qui viennent en rayonnant s'insérer à sa surface.

Ces deux plans, séparés par une couche de tissu cellulo-graisseux d'épaisseur variable, affectent entre eux les rapports suivants :

Le muscle tenseur du fascia lata repose sur la partie antérieure du moyen fessier. Son bord postérieur n'arrive pas jusqu'au grand trochanter.

Au dessous du grand fessier on rencontre les muscles

profonds de la fesse, c'est-à-dire en allant de haut en bas, les fibres postérieurs du moyen fessier et le pyramidal, les deux jumeaux séparés l'un de l'autre par le tendon de l'obturateur interne sur lequel ils s'insèrent, enfin le carré crural qui semble n'être que la partie la plus élevée du muscle troisième ou grand adducteur.

Obliques en bas et en dehors, les faisceaux musculaires du grand fessier viennent se fixer sur un fort tendon qui s'insère sur la bifurcation externe de la ligne âpre, depuis le tubercule qui marque l'extrémité supérieure de cette ligne jusqu'à environ sept ou huit centimètres au dessous. De là, le tendon aplati de dehors en dedans, large d'environ un centimètre et demi, remonte verticalement le long du bord postérieur du grand trochanter en empiétant un peu sur sa face externe et commence à s'épanouir à la face profonde du muscle, environ deux centimètres au dessus du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre. Les faisceaux musculaires les plus antérieurs lui font directement suite, de sorte que le grand trochanter est recouvert sur une étendue correspondant à peu près au tiers postérieur de sa face externe par le tendon et le bord antérieur du muscle grand fessier.

La bandelette ilio-fémorale (partie moyenne du deltoïde, aponévrose du moyen fessier) se présente sous l'aspect d'une membrane nacrée, resplendissante, très forte et très résistante. Elle s'attache à la partie moyenne de la lèvre externe de la crête iliaque,

descend sur le moyen fessier qui prend de nombreux points d'attache à sa face profonde, glisse sur le tendon de ce muscle et devient en cet endroit complètement indépendante, puis recouvre le grand trochanter et se continue sur la face externe de la cuisse. Les fibres qui la composent ont une direction verticale, seuls quelques faisceaux postérieurs s'infléchissent en arrière. Vers le bord antéro-supérieur du grand fessier cette membrane se divise en deux feuillets : le feuillet superficiel est appliqué sur la face externe du muscle, mince en arrière et en haut, il devient serré et résistant en avant et en bas et lorsqu'il passe au-dessus du tendon, il lui est uni si intimement que leurs fibres paraissent tissées ensemble, de sorte que, de prime abord et à l'extérieur, tendon et aponévrose paraissent confondus ; le feuillet profond, fort mince dans toute son étendue, tapisse la face profonde du grand fessier jusqu'au bord postéro-inférieur de ce muscle où il s'unit au feuillet précédent pour former, au grand fessier, une gaine complète.

Le tenseur du fascia lata est de même enveloppé dans un dédoublement de l'aponévrose. Ces deux muscles sont ainsi réunis par une sorte de pont fibreux qui passe sur la grande apophyse du fémur et maintient appliqués contre elle le tendon et le bord antérieur du grand fessier.

Le grand trochanter est ainsi recouvert, pendant l'extension du membre, en avant et sur la plus grande partie de son étendue, par la bandelette ilio-

fémorale, dépendance de l'aponévrose fascia lata ; en arrière par le tendon et le bord antérieur du grand fessier.

Pendant la marche et les divers mouvements du membre inférieur, le grand trochanter glisse sur ce plan musculo-aponévrotique et, dans la flexion forcée, s'enfonce complètement sous le grand fessier. Et ce qui favorise encore cette mobilité, c'est que ces deux plans, disposés comme nous l'avons vu, et réunis l'un à l'autre par le tendon du grand fessier, sont séparés dans tout le reste de leur étendue par une nappe cellulo-graisseuse.

Cette couche intermédiaire est surtout abondante en arrière, où elle comble un [vaste espace limité en dehors par le grand fessier, en dedans par les muscles pelvi-trochantériens, et communiquant en bas avec la loge postérieure de la cuisse. C'est au milieu de ce tissu graisseux rougeâtre, abondant, contenu dans des cellules à mailles très lâches et susceptibles de se laisser facilement infiltrer, qu'émergent les nerf et artère fessiers, l'artère ischiatique et le grand nerf sciatique à leur sortie du bassin.

Vers le bord postérieur du grand trochanter, cette nappe diminue un peu d'épaisseur, recouvre complètement l'apophyse, où elle se fait surtout remarquer par sa plus grande densité, et se continue avec le tissu cellulaire des faces externe et antérieure de la cuisse.

De même que dans toutes les régions où l'on observe des mouvements variés et souvent répétés, cette couche cellulaire péri-trochantérienne subit des

modifications particulières dont le résultat est la formation, dans son épaisseur, de cavités closes dites *bourses séreuses*.

Ces cavités sont multiples et peuvent être divisées en deux groupes distincts, l'un antérieur, l'autre postérieur.

A. *Groupe antérieur*. — Sur la partie la plus saillante de la face externe du grand trochanter existe une bourse séreuse à contour à peu près régulièrement circulaire. Etendue de haut en bas du bord supérieur de l'apophyse à environ cinq ou six centimètres au dessous, elle va transversalement d'un bord à l'autre. Sa paroi profonde adhère intimement aux expansions tendineuses du vaste externe et du moyen fessier, la paroi externe est séparée du fascia lata par une couche de tissu cellulo-graisseux serré et résistant d'une épaisseur d'environ un demi-centimètre, de telle façon que la cavité reste complètement masquée lorsqu'on a enlevé l'aponévrose.

Insufflée ou injectée avec un liquide coagulable, cette bourse séreuse figure une sorte de disque appliqué sur le grand trochanter.

La résistance des parois est assez considérable et, pour les rompre, il est nécessaire de pousser l'injection avec une certaine force. La rupture se fait le plus souvent en arrière.

C'est probablement cette cavité que décrit Chassaignac dans son *Traité de la suppuration*, lorsqu'il dit : « Mais ce qu'il y a de particulier à la région qui

nous occupe, c'est que l'aponévrose fascia lata glissant d'une manière presque incessante sur l'éminence trochantérienne, il existe entre cette aponévrose et les tissus qui enveloppent le trochanter, une bourse de glissement dont les dimensions sont assez bien délimitées. » Et, remarque importante, la bourse sous-cutanée est située exactement au même niveau que cette bourse sous-aponévrotique. « Il résulte de cette disposition, ajoute Chassaignac, qu'il y a dans la région trochantérienne deux capsules de glissement superposées et séparées l'une de l'autre par une aponévrose fort épaisse. »

Malgré l'épaisseur de cette cloison aponévrotique, M. Duplay a observé un malade chez lequel le pus, développé dans la cavité profonde, avait pénétré dans celle qui est située sous la peau, et donné lieu ainsi à cette variété d'abcès que Velpeau a désigné sous le nom « d'abcès en bouton de chemise ». La marche inverse des accidents, c'est-à-dire la propagation de l'inflammation de la superficie à la profondeur, présente encore plus d'intérêt; mais les faits manquent à ce sujet.

Par sa situation et ses rapports, cette première bourse séreuse paraît surtout destinée à favoriser le glissement du grand trochanter sur l'aponévrose, et nous la désignerons sous le nom de *bourse antérieure* ou *bourse trochantérienne du fascia lata*. — Elle n'existait, avec les caractères que nous venons d'indiquer, que sur un des deux sujets que nous avons disséqués. Elle était remplacée, chez le second,

par une lame de tissu cellulo-graisseux épaisse et dense, très lâchement unie à l'apophyse et se déplaçant avec facilité.

B. *Groupe postérieur*. — Les cavités qui constituent ce second groupe sont réunies autour du tendon du grand fessier et comprennent une cavité principale et plusieurs cavités accessoires en nombre variable.

1° Une vaste synoviale de forme elliptique à grand diamètre vertical est interposée entre le tendon du grand fessier et le bord postérieur du grand trochanter. Elle occupe une longueur d'environ six à sept centimètres, depuis le voisinage de l'angle postéro-supérieur de l'apophyse jusqu'à un centimètre au dessus du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre. Large d'environ trois centimètres, elle repose en avant dans une petite étendue sur la bourse du fascia lata et en arrière sur le tissu cellulo-graisseux intermusculaire de la fesse, qui la sépare du bord postérieur du grand trochanter et des attaches des muscles profonds. La face externe est recouverte par le tendon et la partie antérieure du grand fessier et par les faisceaux les plus proches du fascia lata. Vers sa partie moyenne elle est quelquefois unie à l'aponévrose de la façon la plus intime, on ne peut l'en séparer que par une dissection artificielle. Il faut aussi apporter quelques précautions pour la détacher de la bourse antérieure. Sur

tout le reste de son étendue on l'isole avec facilité des parties voisines.

Son bord postérieur est très voisin du trajet du nerf sciatique.

Sa cavité est tantôt complètement libre, tantôt divisée en deux loges incomplètes par une bride fibreuse allant de la partie moyenne de son bord postérieur à la partie supérieure de sa face externe.

Nous n'avons jamais constaté de communication avec les séreuses voisines, notamment avec celle que nous avons décrite précédemment.

Les parois se font particulièrement remarquer par leur transparence et leur peu de solidité. Injectée, cette bourse prend une forme ovoïde et se développe surtout aux dépens de sa partie postérieure en refoulant le tissu cellulaire intermusculaire, et une faible pression suffit pour en amener la rupture de ce côté.

Cette dernière particularité, commune à la bourse antérieure, nous explique une des complications les plus redoutables de l'inflammation de ces cavités.

En effet, lorsqu'elles sont envahies par la suppuration, si on ne favorise pas le libre écoulement du liquide, ce dernier, comprimé par le plan musculo-aponévrotique, a peu de tendance à se diriger vers le dehors, il se porte en arrière, sous le grand fessier. Les parois, sous la pression déterminée par l'accumulation constante du pus, finissent par céder et ce dernier s'épanche dans le tissu cellulaire intermusculaire, donnant lieu à cette inflammation phleg-

moneuse que Chassaignac appelait *phlegmon par diffusion*.

Par son existence constante et ses grandes dimensions, cette seconde bourse séreuse est la plus importante de la région. Son développement est encore accru lorsque la bourse trochantérienne du fascia lata n'existe pas.

Elle a évidemment pour but de favoriser le glissement du tendon du grand fessier sur l'apophyse. On peut donc la désigner sous le nom de : *bourse postérieure* ou *bourse trochantérienne du grand fessier*.

2° Les cavités accessoires qui complètent ce second groupe sont ainsi disposées :

L'extrémité supérieure de la synoviale du tendon du grand fessier est séparée de la face profonde du muscle par une petite cavité ovale à parois minces et transparentes et envoyant des prolongements entre les faisceaux musculaires.

De même à la hauteur du tubercule de la bifurcation externe de la ligne âpre, immédiatement en arrière du tendon, il existe non plus une bourse séreuse unique mais un assemblage de petits espaces clos.

La disposition de ces cavités secondaires n'est pas toujours identiquement la même, elles sont sujettes à des variations considérables dans leurs formes et leurs dimensions. La supérieure peut même manquer complètement.

Enfin, on trouve également une petite bourse sé-

reuse entre le bord postérieur du tendon du vaste externe et le tendon du grand fessier.

En dehors de ces capsules de glissement, situées toutes entre le grand trochanter et le plan musculo-aponévrotique, on en rencontre encore d'autres annexées aux tendons qui viennent s'insérer à l'extrémité supérieure du fémur et que nous devons signaler. Tous les muscles pelvi-trochantériens peuvent en présenter; il y en a presque toujours une entre le tendon du moyen fessier et le grand trochanter, une autre au dessous du petit fessier, souvent une au dessous du carré crural. Une bourse séreuse tapisse également la gouttière ischiatique sur laquelle glisse l'obturateur interne à sa sortie du bassin.

La vascularisation et l'innervation de la région trochantérienne sont effectuées par des artérioles et des rameaux nerveux venus des régions voisines.

Les lymphatiques se divisent en superficiels et profonds; les premiers se rendent aux ganglions inguinaux, les seconds aboutissent en partie au moins aux ganglions hypogastriques.

NOTA. — *Nous ne nous occuperons, dans l'étude qui va suivre, que des bourses séreuses sous-cutanée et sous-aponévrotiques.*

CHAPITRE II

Etiologie.

Les causes qui déterminent l'inflammation des bourses trochantériennes sont, comme pour toutes les autres bourses séreuses, locales ou générales. Voici comment se répartissent à cet égard les observations que nous avons recueillies. Sur un total de trente-cinq cas, on note :

Le traumatisme.....	19 fois.
Le rhumatisme.....	2 —
Le froid.....	1 —
L'état puerpéral.....	1 —
L'ictère.....	1 —

Enfin, dans onze autres cas, l'affection s'est développée sans cause immédiate appréciable.

C'est donc au traumatisme dans ses modalités diverses; chutes, contusions de toute variété, que revient la plus grande part dans l'étiologie de l'hygroma trochantérien. Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres régions, l'hygroma professionnel est rare à la région qui nous occupe; seul, le

cas relaté par M. le professeur Duplay, où il s'agit d'un tailleur qui, dans son travail, reposait plus particulièrement sur la hanche, se rapporte à cette variété. Quelquefois le traumatisme joue le rôle de simple cause occasionnelle, l'inflammation relève d'une cause plus générale qui intéresse l'organisme tout entier, comme par exemple une maladie infectieuse telle que la scarlatine.

Dans plusieurs observations, l'affection était très probablement de nature tuberculeuse, comme le font supposer les antécédents des malades, l'état général, le peu d'intensité des phénomènes locaux et les caractères de l'épanchement. Nous n'avons trouvé qu'un seul fait où ce diagnostic ait été nettement établi par l'examen histologique et bactériologique.

L'influence de l'état puerpéral a été manifeste chez une malade observée par M. Duplay.

Une fois, la suppuration des séreuses trochantériennes est survenue pendant le cours d'un ictère catarrhal, et cette pathogénie était rendue évidente par la nature hémorrhagique de l'épanchement. Peut-être l'ictère présentait-il dans ce cas le caractère infectieux sur lequel ont insisté Kelsch et Chauffard.

L'hygroma trochantérien est susceptible de naître à titre de localisation d'une maladie diathésique : dans deux observations l'épanchement était d'origine manifestement rhumatismale.

L'action du froid, surtout du froid prolongé, est très nette dans un cas rapporté par Vacherie.

Age. — La grande fréquence du traumatisme comme cause déterminante de l'inflammation des séreuses trochantériennes nous permet de prévoir que cette affection se rencontre surtout pendant la jeunesse et l'âge adulte. Et si, comme le disait Chassaignac, « c'est chez des individus ayant dépassé l'âge adulte que les causes mécaniques sont surtout aptes à développer dans les bourses de frottement, le travail suppuratif qui devient quelquefois si grave », ceux-ci sont par contre beaucoup moins exposés que les premiers aux violences de toute sorte. Dans notre statistique nous trouvons :

12 cas de 9 à 20 ans.				
9	—	20	30	—
4	—	30	40	—
2	—	40	50	—
4	—	50	60	—
1	—	à 72 ans.		
1	—	73	—	—

Sexe. — Pour les mêmes raisons que précédemment, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, la proportion est de 22 sur 13.

Siège. — Le développement plus considérable des bourses trochantériennes profondes, et leur rapport presque immédiat avec la surface osseuse nous expliquent pourquoi elles sont beaucoup plus fréquemment affectées que la bourse sous-cutanée. Sur un total de

35 cas, cinq seulement se rapportent à cette dernière.

Pour ce qui est des bourses trochantériennes profondes, il est difficile d'établir une proportion exacte, mais il est de toute évidence que la plupart des observations ont trait à la bourse de glissement du tendon du grand fessier. Nous ne connaissons qu'un seul cas bien authentique se rapportant à la bourse trochantérienne du fascia lata.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

« Les contusions sur le grand trochanter, quand elles ne vont pas jusqu'à produire la fracture du col du fémur ou celle de la partie supérieure de l'os, déterminent un épanchement sanguin et plus tard, dans certains cas, soit un kyste, soit une collection purulente dont les conditions sont variables suivant que la collection réside dans la bourse séreuse sous-cutanée ou dans la bourse sous-aponévrotique. » (Chassaignac, *Archives de médecine*, 1856).

Bourse sous-cutanée. — Sous l'influence de l'inflammation et de l'épanchement qui en est la conséquence, les dimensions de la cavité s'accroissent dans des proportions souvent considérables. Très exigüe, comme nous l'avons vu, à l'état normal, elle peut acquérir à l'état pathologique 0.30 centimètres de longueur sur 0.12 de large.

Le contenu est séreux, de couleur citrine, ou formé d'un liquide franchement purulent ayant parfois l'aspect d'une bouillie crémeuse. La quantité varie de 30-40 grammes à 400 ou 500 grammes.

Dans un cas opéré par M. Duret, la structure des parois présentait des particularités remarquables. Leur épaisseur était telle qu'on ne percevait aucune fluctuation. « Elles étaient formées d'un tissu fibro-lamelleux au milieu duquel étaient situés de gros lobules adipeux simulant assez bien les lobules du mésentère au voisinage du gros intestin. La face interne de la poche était recouverte de masses d'un tissu d'aspect fibrineux et filamenteux se laissant déchirer facilement. Quelques-uns de ces blocs flottaient librement dans le liquide séreux qui remplissait la cavité. On pouvait également décoller sur toute cette surface interne une membrane de consistance pâteuse, se déchirant comme une pâte molle, et qui vraisemblablement était constituée par de la fibrine. Au dessous de cette membrane, la paroi était lisse et comme séreuse. A l'examen histologique, cette dernière se montrait formée de tissu conjonctif à différentes époques de son évolution et présentant son plus grand développement dans les couches superficielles. »

Il s'agissait là, sans doute, d'une variété d'hygroma analogue à celle que Chassaignac a décrite sous le nom de *lipome mou* ou d'*hygroma lipomateux de la nuque*.

Il n'est pas rare, lorsque l'épanchement est purulent, de trouver la face interne de la poche tapissée de fongosités très adhérentes, surtout au niveau du fascia lata.

Le peu de résistance des parois explique les solu-

tions de continuité et les prolongements en culs-de-sac que l'on observe à la périphérie de la poche.

L'évacuation du pus au dehors n'est pas toujours le signal de la guérison, et si l'ouverture est insuffisante, elle peut se transformer en une fistule de durée indéterminée.

Enfin, au lieu d'un liquide séreux ou purulent, la cavité peut renfermer une production solide comme dans l'observation rapportée par M. Bazy. Cet auteur a trouvé dans la bourse trochantérienne sous-cutanée deux petites tumeurs du volume d'un assez gros marron chacune, implantées sur la paroi superficielle et libres dans tout le reste de leur étendue. « Elles avaient une coloration blanchâtre, étaient dures, criaient sous le scalpel quand on les a sectionnées. La surface de la coupe offrait la même coloration et montrait que la tumeur semblait être formée de couches assez régulièrement concentriques. Quelques points assez étendus avaient un aspect brillant comme s'ils eussent été constitués par du tissu cartilagineux. Par ces caractères macroscopiques, elles se rapprochaient des tumeurs formées, sinon en totalité, du moins en très grande partie par du tissu fibreux. »

M. Bazy les compare aux corps étrangers articulaires, sans toutefois pouvoir se rendre un compte exact de leur développement.

Bourses sous-aponévrotiques. Bourse trochantérienne du grand fessier. — A la suite d'un traumatisme les parois de la bourse séreuse sont contu-

sionnées, plus ou moins déchirées suivant la violence du choc et du sang s'épanche en quantité variable. D'ordinaire, cet épanchement est peu abondant, ce n'est qu'exceptionnellement qu'il acquiert des proportions considérables pouvant aller jusqu'à 250 et 300 grammes. C'est à ces vastes collections que l'on donne le nom d'*hématomes traumatiques*. Quelque temps après l'accident, on observe alors dans la région contusionnée une tumeur nettement circonscrite, ferme et saillante. La peau qui la recouvre est noirâtre, ecchymotique, surtout au centre. Saisie à pleine main, cette tumeur forme une sorte de coussinet résistant, profondément situé et se déplaçant assez facilement; on arrive ainsi à limiter une vaste poche sanguine, fluctuante et molle au centre, et plus dure à la périphérie où l'on perçoit la crépitation sanguine. Le liquide ainsi épanché subit une série de modifications qui ont pour but de favoriser sa résorption plus ou moins complète. Il se coagule, la sérosité se résorbe peu à peu, la matière colorante disparaît à son tour et il reste une sorte de magma composé de fibrine qui se dépose en plaques plus ou moins dures sur les parois du sac. Ces concrétions persistent un temps très long, et dans beaucoup de cas même elles semblent n'avoir aucune tendance à la résorption.

Il est rare d'ailleurs d'observer cette évolution simple, la plupart du temps un autre élément vient bientôt s'ajouter aux lésions déterminées par la contusion. Si le malade continue à marcher, ou sous

l'influence de causes plus générales, l'inflammation se déclare, et à l'épanchement primitif vient bientôt s'ajouter un exsudat liquide, séreux ou purulent. La première variété est de beaucoup la moins fréquente: sur les 29 observations que nous avons relevées, quatre fois seulement la poche était remplie par un liquide transparent, jaune pâle, et présentant dans un cas un état gluant et filant bien marqué. Dans le reste des cas, il est parlé d'un pus de bonne qualité ou d'un liquide purulent, fétide, grumeleux, à odeur forte et nauséuse. Une fois, ce pus était mélangé de gaz et on observait un gargouillement caractéristique. De plus, il est dit aussi que l'épanchement avait quelquefois un caractère hémorrhagique. Ce fait s'explique facilement lorsque l'affection est survenue à la suite d'un traumatisme violent, mais il est des cas où l'interrogatoire du malade ne révèle aucun choc, aucune violence. Il y a eu tout au plus quelquefois une contusion très légère. Il y a donc, à côté de l'hématome traumatique, l'*hématome spontané*. Cette dernière variété trouve son origine dans la rupture des néovaisseaux de la paroi enflammée. Son processus est analogue aux hémorrhagies que l'on observe dans le cours de la pachyméningite ou de la pachyvagininite.

La quantité de l'épanchement purulent est variable. Peu abondants dans certains cas (30-40 grammes), il est souvent de 250 à 500 grammes, et chez un malade de Chassaignac, il s'élevait jusqu'à

1.500 grammes. Une particularité souvent notée est la présence de fausses membranes flottantes, épaisses, occupant l'intérieur de la poche ou en tapissant les parois.

Limitée d'abord et située sur le bord postérieur du grand trochanter, la cavité se développe surtout aux dépens de sa paroi postérieure et envahit peu à peu l'espace situé entre le grand fessier et les muscles profonds de la fesse. Rien de ce côté, nous l'avons vu, ne s'oppose à son développement et elle peut ainsi, dans les cas extrêmes, s'étendre jusqu'aux attaches postérieures du grand fessier, remonter en haut vers la crête iliaque et descendre dans la loge postérieure de la cuisse en suivant le trajet du nerf sciatique. Son expansion, en avant, est limitée par l'aponévrose fascia lata étroitement appliquée sur le grand trochanter et sur les muscles sous-jacents et ce n'est qu'à la suite d'une compression prolongée (appareil plâtré, par exemple) qu'on l'a vu se diriger sur le triangle de Scarpa et venir se faire jour entre le tenseur du fascia lata et le couturier. Une vaste cavité, située autour et en arrière du grand trochanter, s'enfonçant profondément en arrière du fémur jusqu'aux muscles adducteurs de la cuisse, s'élevant plus ou moins au dessus du bord supérieur de l'apophyse, ne dépassant pas en avant son bord antérieur et plus ou moins distante en arrière de l'ischion, tel est l'aspect de la bourse trochantérienne du grand fessier, lorsqu'elle a été distendue par une collection purulente. Cette cavité est

anfractueuse, inégale, cloisonnée quelquefois par des brides fibreuses en loges séparées.

Les parois reposent par leur face externe, en dehors sur la face profonde de l'aponévrose fascia lata et du grand fessier dont le tendon fait une saillie marquée dans l'intérieur de la cavité, en dedans sur les muscles pelvi-trochantériens et le grand trochanter.

Leur surface interne est tantôt blanche, tomenteuse, veloutée, présentant çà et là de petits mamelons gris blanchâtres, tantôt elle est recouverte de fongosités mollasses et abondantes ou de fausses membranes épaisses, plus ou moins dures, et quelquefois cartilagineuses par places. L'origine de ces fausses membranes, de ces concrétions, est multiple. Résultat, le plus souvent peut-être, de la prolifération des parois de la séreuse sous l'influence de l'inflammation, elles sont dues quelquefois aussi à la condensation du pus et du sang épanché dans la cavité. C'est probablement à l'une de ces variétés que se rapportent les concrétions cartilaginiformes, dont parle Malgaigne, et « qui donnent lieu, dit-il, à une sorte de crépitation, que l'on ne confondra pas avec des craquements se produisant plus profondément » (fracture du grand trochanter). De même, lorsqu'il existe une fistule, des concrétions fibrineuses peuvent, pendant l'exploration au stylet, produire une crépitation analogue à la crépitation osseuse (Hervey de Chégoin).

La face profonde de la poche est inégale, irrégulière, anfractueuse, on aperçoit quelquefois « le

moule du grand trochanter et des muscles, comme sur l'écorché des sculpteurs ». Le grand trochanter est recouvert de fongosités plus ou moins épaisses, le périoste lui-même est altéré; dans certains cas, enfin, le tissu osseux lui-même peut être mis à nu.

Lorsque les collections liquides développées dans la cavité séreuse sont abandonnées à elles-mêmes, elles se dirigent le plus souvent vers l'extérieur et finissent par s'écouler, en donnant lieu à un ou plusieurs trajets fistuleux. Cette évolution peut se faire en deux temps: le pus pénètre d'abord dans la bourse sous-cutanée et on observe alors deux cavités, l'une sous-cutanée, l'autre sous-aponévrotique, communiquant entre elles par une ouverture pratiquée dans l'aponévrose fascia lata. C'est l'abcès en bouton de chemise de Velpeau.

Les orifices fistuleux donnent lieu à un écoulement séro-purulent plus ou moins abondant, et de durée toujours longue. On les voit quelquefois se fermer, mais le plus souvent cette oblitération n'est que momentanée. Le pus se collecte peu à peu dans la cavité et provoque bientôt la formation d'une nouvelle fistule, de sorte que si l'art n'intervient pas, l'affection peut persister indéfiniment sans tendance à la guérison. L'impossibilité de la terminaison spontanée s'explique et par l'altération des parois de la bourse séreuse, dont le retour à l'état normal ne peut s'effectuer, et surtout par le glissement perpétuel du grand trochanter sur le plan musculo-aponévrotique qui le recouvre.

B. *Bourse trochantérienne du fascia lata.* — La cavité ne paraît pas susceptible de subir une ampliation aussi considérable que la bourse précédente. Elle garde son contour circulaire et ne dépasse pas sensiblement les limites du grand trochanter. Sa paroi profonde adhère intimement aux insertions tendineuses du vaste externe et du moyen fessier, dont il est impossible de l'isoler ; sa paroi externe, au contraire, est épaisse et doublée d'un tissu fibro-graisseux très abondant qui la sépare du fascia lata. Chacune de ces parois, vue par sa face interne, présente une surface lisse, unie, et produisant un exsudat séro-purulent. Comme pour la bourse du grand fessier, ce liquide s'écoule au dehors par une fistule de durée indéfinie.

— Cette inflammation des bourses trochantériennes retentit, à des degrés variés, sur les tissus environnants. On peut observer, en premier lieu, une complication des plus redoutables et communes à toutes les bourses séreuses en général, nous voulons dire la *suppuration diffuse*. Au lieu de s'ouvrir au dehors, la poche, sous des influences diverses (production rapide ou stagnation du pus), cède dans un autre point, de préférence vers sa partie inférieure, et le pus fait irruption dans le tissu cellulaire inter-musculaire et détermine la production de traînées purulentes envahissant les muscles, et s'étendant à toute la loge postérieure de la cuisse et de la jambe. C'est ce que Chassaignac a désigné sous le nom de *phlegmon par diffusion*. Cette complication est heu-

reusement exceptionnelle et, en général, les tissus voisins sont simplement épaissis comme autour de tout foyer inflammatoire. Lorsque le début de l'affection remonte à une époque éloignée, on peut observer, au voisinage de la bourse séreuse, des brides solides et résistantes capables d'entraver, dans une certaine mesure, les fonctions du membre.

Mais ces formations fibreuses n'atteignent jamais un développement aussi considérable que celles que l'on rencontre au dessous du deltoïde dans la périarthrite scapulo-humérale.

Les deux affections décrites par M. Duplay comme périarthrites, au niveau des deux grandes articulations du corps, l'épaule et la hanche, évoluent d'une façon différente au point de vue anatomo-pathologique. A l'épaule, l'inflammation est pour ainsi dire toujours plastique, les exsudats s'organisent et forment des adhérences ; à la hanche, au contraire, c'est l'épanchement périarticulaire ou la suppuration qui sont de règle. Ce fait ne manque pas de surprendre. « Nous ne voyons guère qu'une cause à invoquer dit Mielly, c'est qu'étant donnés deux blessés atteints de contusion l'un de l'épaule, l'autre de la hanche, s'ils ne souffrent pas assez pour garder le repos, le premier, instinctivement, immobilisera plus facilement son articulation scapulo-humérale que le second son articulation coxo-fémorale, et la bourse séreuse trochantérienne enflammée se trouvera, par le fait des mouvements du fémur, irritée de plus en plus jusqu'à la production de la suppuration. »

Les rapports presque immédiats du *nerf sciatique* avec la bourse séreuse enflammée expliquent les douleurs souvent très vives siégeant sur le trajet de ce nerf.

L'atrophie musculaire existe fréquemment, peut-être même toujours. Elle envahit tous les muscles de la fesse et de la cuisse.

Une question des plus importantes est de savoir dans quelle mesure l'inflammation des bourses séreuses est capable d'affecter l'apophyse elle-même. A priori on conçoit facilement que la suppuration des cavités sous-aponévrotiques puisse, si elle est suffisamment prolongée, retentir sur le périoste et finalement sur le tissu osseux, mais la chose ne paraît pas aussi simple en ce qui concerne la bourse sous-cutanée.

C'est Pétrequin qui semble le premier avoir attiré l'attention sur ce point. Dans un mémoire publié en 1837 dans la *Gazette médicale*, à propos de plusieurs cas de résection, il insiste sur l'ostéite du grand trochanter qu'il croit souvent confondue avec les lésions de l'articulation coxo-fémorale. « Le point de départ de la carie de l'os se trouve souvent dans une inflammation de la bourse muqueuse sous-cutanée destinée à favoriser le glissement de la peau sur le grand trochanter qui participe tôt ou tard à l'altération des parties molles ». Et il cite deux cas où la lésion trochantérienne avait selon lui cette origine. Mais ces observations] sont peu détaillées, le début et la marche des accidents ne sont pas indiqués

d'une manière précise, de sorte qu'il est difficile de partager l'opinion de l'auteur, au moins en ce qui concerne ces faits particuliers. Si nous admettons malgré tout que telle ait été l'origine de l'ostéite du grand trochanter, il est intéressant de se demander quelle a été la voie suivie par l'inflammation pour arriver jusqu'à l'os. La bourse sous-cutanée est séparée de ce dernier par le fascia lata et la bourse sous-aponévrotique antérieure. L'aponévrose s'oppose pendant longtemps à la propagation du processus phlegmasique vers la profondeur, mais peu à peu elle se laisse envahir par les bourgeons charnus; ceux-ci s'étendent, arrivent jusqu'à la séreuse et cette dernière, une fois envahie par la suppuration pourra provoquer à son tour l'inflammation de l'os. Un fait observé par M. Duret semble justifier jusqu'à un certain point cette succession des phénomènes. Il est dit en effet, dans l'observation rapportée par Frédéric, que « des fongosités étaient implantées sur les faisceaux ponévrotiques du fascia lata et que le chirurgien eut beaucoup de peine à les enlever ». Que l'on suppose que l'intervention ait eu lieu beaucoup plus tard et l'on aurait pu trouver alors les faisceaux aponévrotiques complètement détruits. Toutefois nous n'avons trouvé aucune observation qui établisse d'une façon absolue la proposition de Pétrequin.

A propos des cavités sous-aponévrotiques, cet auteur s'exprime ainsi : « La bourse synoviale située entre le tendon du grand fessier et le fémur, peut

devenir le siège d'hygroma, d'hématocèle ou d'abcès; à la longue le pus altère le périoste et le tissu osseux. La carie du grand trochanter en est parfois la conséquence. » Dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, il revient encore sur la question en ces termes : « Il s'en faut que les maladies du grand trochanter soient aussi rares qu'on le pense communément, il est malheureusement très probable qu'elles sont souvent confondues avec des lésions de l'articulation coxo-fémorale. Le point de départ de la carie de l'os se trouve dans la suppuration de la bourse synoviale. »

En résumé, il semble donc que pour Pétrequin l'ostéite du grand trochanter est le plus souvent consécutive à l'inflammation des bourses séreuses tant sous-cutanée que sous-aponévrotique.

Game, dans un cas où le début de l'affection remontait à douze ans, a constaté que le grand trochanter était presque mis à nu et tapissé seulement d'une fausse membrane dégénérée très mince et il ajoute que l'apophyse elle-même n'était point altérée.

Hervey de Chégoin rapporte, dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* (1865), une observation où la marche des accidents fut très rapide. Il trouva à l'autopsie une altération du périoste.

Dans un cas à peu près analogue, mais non suivi de mort, relaté par Mielly, le grand trochanter était mis à nu.

Chez un malade qui fit l'objet d'une leçon remarquable de M. Duplay, il existait une nécrose étendue

et superficielle de la face externe du grand trochanter. « Il est rare de trouver le grand trochanter dénudé comme chez ce malade. Les lésions osseuses ne surviennent qu'après des suppurations de longue durée. M. Pétrequin affirme cependant avoir constaté plusieurs fois l'ostéite ou la nécrose du grand trochanter, à la suite de l'inflammation de la bourse séreuse. En a-t-il été ainsi chez notre malade ? Je serais tenté de le croire, et quoique cette complication ne soit pas signalée dans les observations rapportées, néanmoins ce qui me ferait supposer que la lésion osseuse est secondaire et consécutive à la suppuration de la bourse, c'est que cette lésion est très superficielle et consiste plutôt dans une dénudation que dans une nécrose étendue ou une carie du grand trochanter (1). »

Enfin, nous avons observé dans le service de M. Polaillon un sujet atteint depuis dix ans d'une fistule consécutive à un hygroma de la bourse trochantérienne du fascia lata. Le grand trochanter était douloureux à la pression sur toute son étendue et augmenté de volume. Cet épaissement pouvait être d'environ un tiers ou la moitié du volume normal. L'extirpation des parois de la poche amena l'oblitération de la fistule. L'apophyse diminua peu à peu, trois mois après elle était à peu près indolore, mais n'était pas encore revenue à son épaisseur normale.

(1) M. Duplay. *Leçons sur la périarthrite coxo-fémorale*. Progrès médical, 1874.

Malgré ce petit nombre de faits, on peut déjà se rendre compte que la lésion osseuse n'est pas identique dans tous les cas. Tantôt elle est la conséquence d'un processus purement passif, sous l'action de la suppuration prolongée, le périoste est peu à peu complètement détruit, l'os est ainsi mis à nu, puis corrodé à son tour; tantôt, au contraire, elle reconnaît un processus irritatif, l'inflammation gagne le périoste et les couches superficielles de l'os, la saillie épiphysaire devient douloureuse et se tuméfie, et ainsi s'établit une ostéopériostite qui évolue lentement. Cette lésion est analogue sans doute à celle que l'on constate sur le tibia dans les ulcères de jambes ou sur le condyle interne du premier métatarsien, à la suite de l'inflammation de la bourse séreuse sous-jacente aux durillon, si fréquent à ce niveau.

Mais cet état pathologique une fois constitué, ne pourrait-il pas être l'origine de désordres beaucoup plus graves. La résistance du tissu osseux est amoindrie, il devient à peu près incapable de s'opposer à la pullulation des divers agents pathogènes. L'inflammation, de plastique qu'elle était, pourra, sous l'influence d'un traumatisme, par exemple, devenir suppurative et donner lieu à une nécrose plus ou moins étendue de l'os. On sait, de plus, la prédilection du bacille de Koch pour le tissu spongieux, il trouvera dans le grand trochanter ainsi altéré un terrain favorable où il prospérera avec facilité, et la possibilité de cet envahissement se conçoit

d'autant mieux que la lésion des bourses séreuses est elle-même quelquefois de nature tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit on peut, des faits cités plus haut, tirer les conclusions suivantes :

La propagation de l'inflammation de la bourse séreuse sous-cutanée au tissu osseux du grand trochanter est possible, mais n'a pas encore été rigoureusement démontrée.

L'inflammation des bourses sous-aponévrotiques peut déterminer une altération du grand trochanter.

Cette altération n'est pas fréquente si l'on s'en rapporte aux observations publiées. Elle ne se produit qu'au bout d'un temps très long à part les cas où la suppuration a une marche suraiguë.

Elle consiste en une destruction lente du périoste et des couches superficielles de l'os ou bien en une ostéite productive, simple, caractérisée par la tuméfaction douloureuse de l'apophyse.

Il serait intéressant de rechercher si cet état phlegmasique n'est pas quelquefois le point de départ d'une ostéite tuberculeuse, ou s'il n'a pas d'emblée ce caractère dans les cas de tuberculose des bourses séreuses.

CHAPITRE IV

Hygroma de la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée.

Cet hygroma survient spontanément ou à la suite d'un traumatisme.

Dans le premier cas il y a absence presque complète de phénomènes réactionnels. On voit apparaître au niveau du grand trochanter une tumeur qui s'accroît graduellement.

Cette tumeur est elliptique, allongée suivant le sens du membre, molle, fluctuante, régulière et paraît située immédiatement sous la peau.

Elle acquiert un volume considérable et son accroissement peut être très rapide. Dans un fait rapporté par Chassaignac, la tumeur avait, trois mois après son apparition, une longueur de 30 centimètres et 12 centimètres de largeur. Toutefois, cette évolution rapide n'est pas la règle.

Au lieu d'être parfaitement régulière, elle est quelquefois formée de deux ou trois lobes, et lorsqu'on recherche la fluctuation, on remarque que le flot passe plus ou moins facilement d'un lobe à l'autre.

La peau ne présente aucun changement de coloration.

On ne constate aucune gêne dans les mouvements du membre.

Les phénomènes douloureux sont peu intenses, ils peuvent manquer complètement. Cependant dans l'observation de Chassaignac, le malade avait ressenti, longtemps avant qu'on puisse constater aucun signe extérieur (deux ans), des douleurs vives siégeant dans la hanche et s'irradiant au genou. Ces douleurs revenaient par accès et rendaient à peu près impossible la station debout ou assise.

L'évacuation du pus au dehors n'est pas toujours le signal de la guérison. Il se forme une fistule qui n'a aucune tendance à s'oblitérer..

La toux, les hémoptysies indiquent que cette variété doit être rattachée le plus souvent à la tuberculose.

Lorsque la bourse trochantérienne sous-cutanée s'enflamme à la suite d'un traumatisme, les phénomènes réactionnels sont plus accusés.

La peau devient rouge, chaude, tendue, du pus s'épanche dans la cavité et le chirurgien est forcé d'intervenir.

Malgré l'incision, le drainage, la plaie ne se cicatrise pas et il reste une fistule qui ne se ferme que lentement.

La guérison n'est d'ailleurs pas définitive, la suppuration persiste et une nouvelle fistule se produit. On trouve alors à la région trochantérienne

un orifice à bords irréguliers, déchiquetés, d'aspect violacé, pouvant permettre l'introduction du petit doigt et laissant écouler un liquide séro-purulent en assez grande quantité.

Tout autour de la fistule, dans une largeur plus ou moins considérable, les tissus sont rouges, chauds, douloureux à la pression et conservent l'empreinte du doigt.

L'exploration au stylet révèle une cavité spacieuse, située entre la peau et le fascia lata et présentant des prolongements sur divers points de sa circonférence.

La guérison spontanée est impossible.

C'est dans cette forme surtout qu'il faut craindre la rupture de la poche dans le tissu cellulaire sous-cutané et la production d'un phlegmon diffus. On sait toute la gravité de cette complication.

L'hygroma lipomateux se présente sous l'aspect d'une tumeur nettement circonscrite. Son contour est à peu près circulaire et son volume égale parfois celui d'une tête de fœtus ou des deux poings d'un adulte. Au palper, on ne lui sent pas de pédicule, elle ne semble pas adhérente à la peau elle-même ; mais elle est de connexion avec le tissu adipeux sous-cutané. Par la pression la plus minutieuse on ne peut sentir le grand trochanter. Il n'y a pas de fluctuation ni de rénitence, la consistance est celle d'un lipome mou. En aucun point on ne trouve de noyaux durs.

Lorsqu'on saisit la tumeur à pleines mains, elle

paraît mobile transversalement et glisse un peu sur les parties profondes. Elle se déplace plus difficilement dans le sens vertical.

Les signes fonctionnels sont nuls : il n'y a rien à noter du côté de l'articulation coxo-fémorale, sauf un peu de gêne parfois. Pas de douleur spontanée ou provoquée. La peau ne présente aucun changement de coloration.

L'évolution est assez rapide. Dans le cas observé par Frédéric, la tumeur avait acquis en dix-huit mois le développement dont nous avons parlé plus haut.

— Les corps étrangers de la bourse trochantérienne sous-cutanée étaient représentés dans l'observation de Bazy par « deux petites tumeurs situées l'une au dessus de l'autre, à un centimètre environ de distance. La supérieure avait le volume d'un assez gros marron. l'inférieure était un peu plus petite. Elles étaient reliées toutes deux par une bride fibreuse de près d'un centimètre de largeur : Elles reposaient toutes deux sur la face externe du grand trochanter, sur lequel on pouvait les faire mouvoir assez facilement.

Elles étaient mobiles sous la peau, mais assez fortement reliées entre elles, de façon à ne pouvoir presque pas être mues indépendamment l'une de l'autre.

La peau, à ce niveau présentait un léger épaissement qui portait aussi bien sur le derme que sur l'épiderme. Du reste pas de traces de vascularisation à ce niveau.

Les tumeurs étaient bien nettement délimitées, un

peu bosselées, dures, d'une dureté rappelant presque celle des tumeurs fibro-cartilagineuses.

Elles étaient apparues depuis deux mois environ, avaient évolué sans phénomènes inflammatoires manifestes. Du reste il n'y en avait pas de traces au moment de l'examen.

Peu de douleur à la pression. »

Diagnostic. — La considération du siège de la lésion sera d'un grand secours pour arriver à un diagnostic précis. On évitera ainsi de confondre l'hygroma de la bourse trochantérienne sous-cutanée avec un phlegmon ou un abcès froid développés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

La forme de la collection liquide, sa situation superficielle, l'absence complète de variations de volume pendant les mouvements du membre, permettront d'en reconnaître le siège et de le différencier des collections siégeant dans les bourses profondes.

On conçoit que le diagnostic de l'hygroma lipomateux et des corps étrangers soit très difficile. On ne pourra guère y arriver qu'en procédant par exclusion et en tenant compte du siège de la tumeur.

La ponction exploratrice donnera de précieuses indications dans le cas d'hygroma lipomateux.

CHAPITRE V

Hygroma des bourses trochantériennes sous-aponévrotiques.

Une tumeur fluctuante, douloureuse, s'ouvrant au dehors après un temps plus ou moins long, donnant lieu à une fistule de longue durée, et provoquant des troubles plus ou moins marqués dans les fonctions du membre, tels sont les phénomènes qui caractérisent l'inflammation de ces cavités.

Cette inflammation est aiguë ou chronique.

La première variété est rare, ce qu'on observe le plus souvent, c'est une marche lente, embrassant plusieurs années et traversée de temps en temps par une phase aiguë.

Hygroma aigu. — A la suite d'une des circonstances que nous avons signalées plus haut : traumatisme, chute sur la hanche, marche forcée, le malade éprouve les symptômes de la contusion de la hanche, il y a de la gêne dans les mouvements, de la claudication. Ces phénomènes sont plus ou moins accusés. En général, dès que la douleur déterminée par le traumatisme s'est un peu atténuée, le malade a pu

marcher, parcourir un trajet assez long et même reprendre son travail le lendemain. Mais cette amélioration est de peu de durée. Vers le deuxième ou le troisième jour les phénomènes inflammatoires apparaissent. On les a vus débiter beaucoup plus longtemps après le traumatisme initial, comme dans cette observation rapportée par Hervey de Chégoin où il survint un hygroma suppuré suivi de mort chez une jeune femme de 23 ans, cinq mois après un léger traumatisme de la hanche.

La douleur, qui avait presque complètement disparu, s'accroît graduellement et acquiert parfois une intensité considérable.

La région se tuméfie peu à peu, la peau est rouge, chaude, tendue, la fièvre est vive, le pouls rapide, on voit apparaître enfin successivement tous les phénomènes qui caractérisent la formation rapide du pus.

Le gonflement, d'abord limité à la région trochantérienne, peut acquérir des proportions considérables. Il envahit la fesse, atteint en avant le pli de l'aîne, et s'étend en hauteur depuis le bord de l'os iliaque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse. Au niveau du bord postérieur du grand trochanter, entre ce dernier et l'ischion, et sur une étendue verticale plus ou moins grande, la fluctuation est manifeste et dénote l'existence d'une collection liquide.

Lorsque la tuméfaction des tissus voisins n'est pas extrême, cette collection se manifeste au dehors sous la forme d'une tumeur ellipsoïde, allongée suivant

le sens du membre, et circonscrite quelquefois à sa partie inférieure par une dépression brusque en « coup de hache », dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Chassaignac qui a le premier remarqué cette particularité, n'en donne pas l'explication anatomique. Or, cette dépression s'observe presque exclusivement dans les cas où la formation de l'épanchement est rapide, de plus elle est située en général, à environ deux centimètres au dessous du grand trochanter, c'est-à-dire qu'elle correspond à peu près à l'extrémité supérieure de la bifurcation externe de la ligne âpre sur laquelle s'insère le tendon du grand fessier. Il est possible que ce dernier arrête pendant un certain temps l'expansion de la bourse séreuse et détermine ainsi la production de cette coupe oblique en « coup de hache ».

Dans une observation rapportée par Mielly, on percevait très nettement une sensation de gargouillement, indice d'une collection à la fois liquide et gazeuse.

Les mouvements du membre sont abolis.

Au début, il a sa longueur et sa direction naturelles, mais les mouvements communiqués sont pénibles et la flexion de la cuisse sur le bassin n'est possible que dans une certaine étendue.

Peu à peu, tout déplacement devient impossible et le membre se fixe dans une position vicieuse caractérisée le plus souvent par la flexion, la rotation en dedans et une adduction quelquefois forcée. Le fémur semble faire corps avec le bassin qui le suit

dans les mouvements qu'on lui communique, si bien qu'on pourrait croire à l'existence d'une coxalgie.

La douleur est localisée sur le grand trochanter et s'irradie dans la fesse et dans la partie postérieure de la cuisse, mais on ne l'observe jamais dans la région interne et antérieure de l'articulation coxo-fémorale.

Les phénomènes généraux s'accroissent et bientôt le chirurgien est forcé d'intervenir et de pratiquer une incision qui donne issue à une grande quantité de pus.

À la suite de cette intervention, la fièvre tombe, le malade éprouve un grand soulagement, la sécrétion purulente se tarit et les parois de l'abcès s'accroissent peu à peu.

Mais il s'en faut que l'évolution soit toujours aussi simple et aussi heureuse, et particulièrement à l'époque où les règles de l'antisepsie étaient encore ignorées, on observait des complications redoutables qui amenaient rapidement la mort des malades. Tel est le fait rapporté par Hervé de Chegoin :

« Une simple ponction étroite et oblique est pratiquée deux mois après le début des phénomènes inflammatoires et donne issue à un pus abondant et phlegmoneux. Aucun accident ne se manifeste pendant les trois jours suivants, mais le malade est agité, dort mal. Son appétit qui s'était conservé jusque-là se perd presque complètement, et vers la fin du troisième jour, le pouls, très petit, à une fré-

quence de 144 pulsations. Le quatrième jour, on aperçoit un érysipèle qui vers le sixième jour s'élève jusqu'à la partie supérieure de la hanche. Le délire est continu, les forces s'affaissent de plus en plus et la mort arrive le dixième jour après la ponction. A l'autopsie, une longue incision de bas en haut jusqu'au dessous du grand trochanter, mit à nu un foyer purulent qui n'avait rien de particulier, mais qui à sa partie supérieure communiquait, par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt, avec un autre foyer d'aspect bien différent. Il offrait une couleur noire, et embrassait toute la circonférence du grand trochanter avec altération du périoste ». L'orifice pratiqué par la ponction avait été évidemment insuffisant pour assurer la libre évacuation du pus. Il y a donc eu, sous l'influence de la suppuration continue et de la pression due à la rétention du liquide, rupture de la poche à sa partie la plus déclive et production d'un phlegmon qui, avec l'érysipèle, a déterminé l'issue fatale.

Toutefois l'inflammation des bourses trochantériennes n'affecte que rarement cette marche rapide et ce caractère de gravité.

Il est une autre variété qui s'observe plus fréquemment et qui est caractérisée par la nature de l'épanchement qui est séreux. Le début est rapide, mais on n'observe pas, entre le traumatisme et la manifestation des phénomènes inflammatoires, cette rémission momentanée qui est presque la caractéristique de la forme purulente. L'aspect de la tumeur est le même.

L'inflammation peut avoir pendant quelque temps une grande intensité, mais elle diminue rapidement sous l'influence du repos et des antiphlogistiques et la collection enkystée se résorbe en totalité ou en partie, ou bien la guérison est accélérée par l'évacuation du liquide à l'aide d'une ou de plusieurs ponctions. Malheureusement cette guérison n'est le plus souvent que momentanée. A la suite d'un léger traumatisme, d'une marche forcée, l'inflammation reparaît et la forme chronique est définitivement constituée.

Hygroma chronique. — Il succède à l'état aigu ou s'établit d'emblée. Les faits de cette dernière catégorie sont les plus nombreux.

Le mode de début varie un peu, suivant que l'affection est consécutive ou non à un traumatisme.

Quand elle est la conséquence d'une cause générale ou diathésique, telle que l'exposition prolongée au froid humide où le rhumatisme, le début est lent et insidieux ; le malade éprouve des douleurs vagues s'irradiant dans toute la partie postérieure de la cuisse, depuis la crête iliaque jusqu'au creux poplité, revenant par accès et disparaissant quelquefois pendant un temps plus ou moins long ; ou bien c'est une douleur profonde de la hanche s'irradiant au genou et rendant la marche très pénible, un sentiment de faiblesse, de gêne dans l'articulation ou simplement un peu d'engourdissement de roideur et de pesanteur.

Peu à peu la région trochantérienne se tuméfie et on constate bientôt l'existence d'une tumeur fluctuante qui vient fixer le clinicien sur la nature de l'affection. Dans quelques cas rares, la tumeur apparaît isolément sans être accompagnée d'aucuns phénomènes douloureux.

S'agit-il au contraire d'un traumatisme ? La douleur provoquée par ce dernier s'apaise peu à peu mais ne disparaît pas complètement, le gonflement persiste, s'accroît et se localise au voisinage du grand trochanter. Quelquefois même, le traumatisme a été de si peu d'importance qu'un repos de quelques jours a été à peine nécessaire et le malade reprend sa vie habituelle sans qu'aucun désordre appelle son attention sur la région contusionnée. Cet état persiste un mois, deux mois, puis à la suite d'une marche forcée, par exemple, la région devient douloureuse et se tuméfie peu à peu.

Enfin dans d'autres circonstances l'évolution est continue, sans rémission. Le traumatisme a été de violence moyenne, la douleur au lieu de s'atténuer s'accroît graduellement, la marche devient de plus en plus difficile et le malade est bientôt condamné à l'immobilité. Le gonflement est à peine appréciable et n'était la localisation exacte de la douleur; le diagnostic pourrait présenter certaines difficultés.

Douleur et gonflement, tels sont donc les premiers signes qui révèlent l'inflammation des bourses trochantériennes.

Le gonflement se présente sous l'aspect d'une tu-

meur molle plus ou moins fluctuante, de forme ellipsoïde à grand diamètre dirigé suivant le sens du membre. Cette tumeur est plus ou moins saillante à l'extérieur, quelquefois, elle ne semble pas avoir, à première vue, de limites bien précises. Son siège habituel est le bord postérieur du grand trochanter avec lequel elle paraît contracter des rapports étroits. De là, elle envahit plus ou moins l'espace compris entre ce dernier et l'ischion. Son volume peut varier dans de grandes proportions. Peu développée au début, elle ne dépasse guère les limites de l'éminence trochantérienne. On la compare dans les observations à un œuf de poule, à une orange, à une pomme aplatie. Mais elle subit le plus souvent un accroissement graduel et elle peut arriver alors à un degré de distension extrême comme dans l'observation rapportée par Chassaignac où elle mesurait à peu près 24 centimètres de longueur.

Si on l'examine de plus près, on reconnaît qu'elle est profondément située et qu'elle est comprimée, aplatie par les contractions du muscle grand fessier.

La fluctuation est superficielle ou profonde, nette ou obscure, mais elle présente constamment le caractère de la *fluctuation sous enveloppes épaisses* que l'on trouve toujours, dit Chassaignac, dans les collections de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique. C'est, avec la forme longitudinale de l'épanchement qui représente une espèce d'ellipse dont le grand diamètre est parallèle à la direction du fémur, un des meilleurs signes que l'on puisse invoquer

pour distinguer ces collections de celles qui ont lieu dans la bourse sous-cutanée de la même région. On devra rechercher cette fluctuation dans le sens vertical et dans le sens transversal, ce qui permettra d'éviter la confusion avec la fluctuation musculaire due au grand fessier. Enfin, une dernière particularité remarquable de ces collections sous-aponévrotiques de la région trochantérienne est le contraste de volume qui existe d'une manière si frappante suivant que la cuisse est en flexion ou en extension. En effet, la tumeur devient très saillante au moment de la flexion de la cuisse sur le bassin et s'aplatit, au contraire, fortement dans le mouvement d'extension. « L'aponévrose fascia lata fort épaisse et solidement tendue par un muscle joue, à l'égard des collections qui lui sont subjacentes, le rôle d'un appareil contentif tellement puissant qu'il aplatit, presque jusqu'à les faire disparaître, des épanchements d'un volume assez notable (Chassaignac). »

Le grand fessier qui est extenseur de la cuisse sur le bassin, ajoute son action à celle du fascia lata (1).

La peau qui recouvre la tumeur est mobile et se déplace facilement. Elle a sa couleur normale ou bien elle est plus ou moins rouge et gonflée suivant la violence de l'inflammation.

(1) La valeur de ces divers signes physiques n'est pas absolue, il est des cas rares il est vrai, où on n'observe qu'un gonflement diffus de la région, sans rougeur, sans bosselures. L'aspect ne change pas quand on fait exécuter les mouvements de la hanche.

La description qui précède se rapporte exclusivement aux cas où l'épanchement s'est développé dans la bourse trochantérienne du grand fessier. Lorsque, ce qui paraît être beaucoup plus rare, c'est la cavité séreuse située sous la fascia lata qui est en cause, on observe quelques particularités relatives surtout au siège, à la forme et au volume de la collection liquide.

Cette dernière repose non plus sur le bord postérieur du grand trochanter, mais sur la face externe de cette éminence osseuse qu'elle recouvre complètement. Elle est plus saillante à l'extérieur, son contour est circulaire, et on peut la comparer assez exactement à une petite orange quant à sa forme et à son volume. D'ailleurs, de nouvelles observations sont nécessaires, nous n'avons pas trouvé de relations détaillées sur ce sujet, et nous avons dû nous en rapporter presque exclusivement aux renseignements qui nous ont été donnés par le malade que nous avons observé.

Voyons maintenant quelle va être l'évolution de cette tumeur. Elle persiste, en général, un temps variable, subissant quelquefois des alternatives d'augmentation et de diminution, puis à la suite d'une irritation quelconque elle rougit, s'échauffe, devient douloureuse, la peau s'ulcère et un liquide, le plus souvent purulent, s'échappe au dehors. La réaction est d'intensité variable, mais il est rare que les phénomènes généraux, l'élévation de la température, la rapidité du pouls, la prostration, soient assez intenses pour inspirer des craintes sérieuses.

Cette évacuation spontanée ou provoquée de la cavité n'est pas le signal de la guérison, la suppuration ne tarit pas, et il se forme des fistules interminables. Et, en dehors même des conditions inhérentes à l'altération des parois des cavités séreuses, il suffit de se rappeler la mobilité du grand trochanter sur la face profonde du plan musculo-aponévrotique qui le recouvre, pour comprendre que la guérison spontanée est presque impossible.

On peut donc distinguer, dans l'évolution de l'inflammation des bourses trochantériennes, une deuxième période caractérisée localement par la production d'une ou plusieurs fistules.

Fistules. — Le plus souvent unique au début, l'orifice fistuleux siège à la partie inférieure de la région, vers le bord postérieur du grand trochanter ou un peu en arrière, quelquefois sur la face externe de ce dernier.

Dans un cas où l'épanchement avait été comprimé par un appareil plâtré, le pus avait fusé vers la région de l'aîne et s'était ouvert un chemin au dehors en passant entre le couturier et le tenseur du fascia lata. Les dimensions de cet orifice fistuleux sont variables, elles sont quelquefois assez considérables pour permettre l'introduction du doigt. Les lèvres sont déchiquetées, un peu fongueuses dans certains cas, la peau est rouge et la région plus ou moins tuméfiée. Si on explore ces trajets fistuleux à l'aide d'un stylet, celui-ci s'engage profondément et tombe dans une

vaste cavité située en arrière du grand trochanter et s'étendant vers la partie postérieure de la cuisse. Le bec de l'instrument se meut librement et peut décrire des arcs étendus. Il est rare que l'on constate alors la destruction complète du périoste et la dénudation de l'os, mais il peut arriver que l'on observe des phénomènes qui, si l'on n'était prévenu, feraient conclure à une altération osseuse. Cette circonstance s'est présentée dans un cas observé par Robert. « En explorant avec le stylet, le chirurgien trouva, dit-il, une surface rugueuse, inégale, dure, présentant une sorte de crépitation fine qui ressemblait à celle de la carie. Dans d'autres points, le stylet pénétrait à une certaine profondeur, comme cela se voit dans les os ramollis par la suppuration. A ces différents symptômes, qui n'eût pensé à une altération du grand trochanter? »

Et, en pratiquant l'opération, ce chirurgien trouva une concrétion très dure, comme ligneuse, constituée par de la fibrine associée à des globules de pus.

Si l'orifice fistuleux est situé sur la face externe du grand trochanter, le stylet révèle encore l'existence d'une cavité, mais d'une étendue bien moindre que la précédente, de forme circulaire, et ne dépassant pas les limites de l'éminence osseuse. Il s'agit alors de la bourse trochantérienne du fascia lata.

L'écoulement auquel donnent lieu ces orifices fistuleux est purulent ou séro-purulent. Lorsqu'il est très abondant et qu'en même temps, en raison de la situation ou des sinuosités du trajet, il y a

réten tion d'une partie du liquide, on observe des phénomènes généraux graves, qui indiquent l'épuisement et l'empoisonnement de l'organisme. La fièvre vespérale, la perte de l'appétit, l'amaigrissement rendent le pronostic beaucoup plus grave qu'on ne l'aurait cru au début de l'affection et font craindre pour la vie du malade (voir observation XXX). Mais ce fait est rare, le plus souvent l'état général, quoique affecté dans une certaine mesure, reste satisfaisant, le liquide qui s'écoule est en quantité minime, il arrive même quelquefois que l'orifice s'oblitére. Mais la suppuration n'est pas tarie, le pus s'amasse peu à peu dans la cavité et un abcès se déclare, qui provoque la formation d'une nouvelle fistule. Il se forme ainsi des trajets fistuleux qui disparaissent et sont remplacés successivement par d'autres, de sorte que chez certains malades la région trochantérienne est recouverte de cicatrices et d'ouvertures fistuleuses.

Douleur. — La douleur est constante, mais d'intensité fort variable. Elle siège sur le grand trochanter et en arrière de ce dernier et s'irradie fréquemment sur la face postérieure du membre le long du trajet du nerf sciatique. Ce fait se conçoit facilement si l'on songe au voisinage du cordon nerveux et à sa compression inévitable lorsque la bourse séreuse a acquis un certain développement. Peut-être même y a-t-il eu dans certains cas propagation de l'inflammation au tissu propre du nerf.

Cette irradiation acquiert quelquefois une grande intensité, et elle a pu faire croire à une simple névralgie.

Quoi qu'il en soit, la douleur est surtout vive pendant la première période de l'affection : elle est alors continue, sourde, lancinante, s'exaspère pendant l'exploration et les mouvements du membre et force quelquefois les malades au repos le plus complet. Elle est toujours exactement localisée au grand trochanter et en arrière de ce dernier, jamais on ne l'observe à la partie supérieure du triangle du scarpa ou à la face interne de la cuisse un peu au dessous du pli génito-crural. Le malade supporte sans se plaindre une pression exercée en ces deux derniers points. De même l'ébranlement indirect déterminé par le choc sur le genou ou le talon ne détermine jamais aucune souffrance articulaire.

Lorsque la collection enkystée remonte à une époque éloignée, la douleur spontanée disparaît, elle est remplacée quelquefois par un sentiment de froid, par des fourmillements dans la cuisse et même dans tout le membre et revenant par accès. Mais c'est surtout après l'évacuation de l'abcès que la douleur s'atténue et perd à peu près complètement son caractère de spontanéité.

Dans un fait qui fit le sujet d'une leçon remarquable de M. le professeur Duplay, il existait une particularité qu'il est utile de mettre en relief. Le malade éprouvait au genou une douleur plus vive que partout ailleurs, tandis qu'à la hanche il

ressentait uniquement de la gêne dans les mouvements.

Déformation de la région trochantérienne. — Claudication. — Impuissance et position vicieuse du membre. — Atrophie musculaire. — Tous les symptômes que nous venons d'examiner successivement n'ont, en réalité, à part le siège rien de bien spécial, on les observe toutes les fois qu'une bourse séreuse est enflammée dans quelque région que ce soit. Ce qui donne à l'inflammation des bourses trochantériennes son cachet spécial, ce sont les modifications qu'elle imprime aux fonctions du membre pelvien. Ces modifications sont plus ou moins accentuées, car elles sont surtout en rapport avec l'intensité de la douleur et quelquefois aussi, quand l'affection est de date ancienne, avec les brides fibreuses qui se sont formées dans l'intérieur de la cavité séreuse, ou peut-être même dans les tissus qui environnent cette cavité. On peut observer tous les intermédiaires, depuis une simple gêne dans la marche jusqu'à l'immobilisation complète (en apparence au moins) de l'articulation coxo-fémorale, avec position vicieuse du membre.

L'importance de ces troubles fonctionnels est grande, ils sont communs à d'autres affections de la hanche, en particulier à la coxalgie, et l'on conçoit que si l'attention n'était pas éveillée, ils pourraient donner lieu à des erreurs de diagnostic.

La marche peut être complètement impossible, le

patient éprouve une douleur poignante lorsqu'il essaye de s'appuyer quelque légèrement que ce soit sur le membre malade. Cette impotence absolue ne s'observe pas très fréquemment au moins pendant un long espace de temps.

Dans les cas de moyenne intensité, la claudication est très prononcée : le tronc et par suite le bassin sont inclinés du côté affecté, il semble qu'il y ait un raccourcissement suite d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale. Le sujet transporte le membre malade en avant du membre sain par un mouvement latéral du bassin.

La hanche, au niveau de sa face externe, est augmentée de volume, aplatie, et en même temps le grand trochanter paraît plus oblique et plus saillant que du côté sain. Le pli fessier est moins marqué et quelquefois abaissé. Les saillies musculaires sont moins accentuées, la cuisse et la fesse sont amaigries, il y a, en un mot, atrophie de tous les muscles de ces deux régions. Chez le sujet que nous avons observé, la circonférence de la cuisse du côté malade était inférieure de six centimètres à la circonférence du membre sain.

Dans quelques observations cet amaigrissement de la cuisse formait un contraste frappant avec l'augmentation du volume de la hanche.

Si on examine le malade couché, la cuisse est fléchie sur le bassin dans la rotation en dehors et dans l'abduction. Il y a de l'ensellure lombaire.

Le membre paraît à la vue plus ou moins allongé,

mais en faisant la mensuration on reconnaît qu'il est égal à celui du côté opposé. L'articulation coxo-fémorale est immobile, le bassin suit le fémur dans les mouvements que l'on essaye d'imprimer à ce dernier. Malgré tout, l'immobilité de la jointure n'est jamais absolue et en procédant avec beaucoup de patience et de douceur, on arrive à provoquer des mouvements qui se passent manifestement dans l'articulation et qui, caractère important, ne provoquent aucune souffrance.

A part ce dernier fait qu'il faut rechercher, le malade a l'aspect d'un coxalgique à la seconde période.

Mais ces phénomènes ne sont pas toujours aussi accusés. Dans une observation rapportée par Mielly, malgré une douleur vive et une immobilisation presque complète de l'articulation coxo-fémorale, il n'existait ni déviation, ni ensellure lombaire. Le membre avait sa longueur et sa direction habituelle, on observait simplement un peu de renversement du pied en dehors.

La douleur est-elle minime, il n'y a pas de position vicieuse, tous les mouvements de la cuisse sont conservés, la flexion, la rotation en dehors et en dedans peuvent être exécutées dans une certaine étendue sans éveiller de sensation pénible ; ou bien c'est une légère claudication avec un peu de pesanteur et de gêne dans les mouvements.

Enfin il est des cas où le membre peut être porté dans toutes les directions, sans douleur.

Complications. — Elles peuvent être divisées en deux catégories distinctes.

La première comprend tous les accidents qui sont susceptibles de se manifester à un moment quelconque de l'inflammation des bourses séreuses en général, dans quelque région que ce soit. Ils résultent de l'extension de l'inflammation au tissu cellulaire ou au système lymphatique, ou d'une infection secondaire. Tels sont le phlegmon localisé, le phlegmon par diffusion, la lymphangite, l'adénite et enfin l'érysipèle. On sait toute la gravité du phlegmon, et d'ailleurs cette complication est heureusement rare, elle n'est survenue que deux fois sur un total de 35 observations.

Dans la seconde catégorie se placent les complications spéciales à l'inflammation des bourses séreuses trochantériennes. Ce sont les irradiations douloureuses sur le trajet du nerf sciatique et les altérations du tissu osseux du grand trochanter.

Comme nous l'avons vu, ces douleurs sont le résultat de la compression ou de l'irritation du tronc nerveux. Dans un cas, cette irritation a été produite par une cautérisation énergique de la bourse enflammée.

Nous ne reviendrons pas sur les altérations osseuses dont nous avons parlé plus haut.

Marche. — *Durée.* — *Terminaison.* — Rarement aiguë, l'inflammation des bourses séreuses trochantériennes affecte ordinairement une marche

lente, chronique, entrecoupée de phases aiguës et présentant deux périodes distinctes caractérisées : la première, par une collection liquide, la plupart du temps purulente d'emblée ; la seconde, par l'existence d'un ou plusieurs trajets fistuleux. L'apparition de cette collection [liquide est accompagnée de phénomènes inflammatoires plus ou moins intenses, comme l'indiquent l'empâtement et l'œdème de la région, la rougeur de la peau, la douleur et la fièvre. Une fois constituée, elle subit une évolution variable. Tantôt les phénomènes inflammatoires s'accroissent peu à peu et entraînent bientôt la rupture de la poche et l'évacuation du pus au dehors, tantôt, au contraire, ils s'atténuent, disparaissent sous l'influence du repos et deux éventualités peuvent alors se produire : l'épanchement se résorbe lentement, ou, ce qui est plus fréquent, il persiste et continue même quelquefois à s'accroître. D'une durée de un à deux mois dans le premier cas, cette période se prolonge, dans le second, pendant deux ans, trois ans et plus.

Le fait de la disparition complète de l'épanchement ne permet pas de conclure à une guérison définitive. Les modifications imprimées à la séreuse par l'inflammation persistent et il suffit d'une irritation légère (froid, marche prolongée) pour qu'un nouvel épanchement se produise. Celui-ci peut encore se résorber et on a alors une sorte d'*hygroma à répétition*. Mais cette marche particulière ne s'observe que dans le cas d'exsudat séreux, or ces irritations répétées entraînent bientôt la formation du pus, une

altération plus profonde des parois et par là même l'impossibilité de toute résorption.

Que l'épanchement soit persistant d'emblée ou non, la peau s'ulcère au bout d'un temps plus ou moins long, à la suite d'une irritation quelconque ou par les progrès de la suppuration, et le pus est évacué au dehors donnant lieu ainsi à un trajet fistuleux caractéristique de la seconde période.

Cette seconde période est remarquable par dessus tout par sa durée toujours longue. On l'a vu se prolonger pendant dix ans, vingt ans et elle durerait indéfiniment si l'art n'intervenait pas. Si un trajet fistuleux s'oblitére, ce n'est que pour un temps très court, de nouveaux trajets apparaissent bientôt, de sorte que la guérison spontanée est impossible.

Diagnostic.—L'inflammation des bourses séreuses trochantériennes a été quelquefois méconnue, du moins pendant un certain temps. On l'a confondue avec une des nombreuses affections que l'on observe à la hanche, telles que la névralgie sciatique, les abcès froids, les altérations du grand trochanter ou de l'articulation elle-même, et en réalité, il est certains cas où un examen minutieux est nécessaire pour faire un diagnostic précis.

Au début, il est d'autant plus facile de croire à une névralgie sciatique que l'irritation du nerf accompagne souvent l'hygroma trochantérien et qu'il peut n'y avoir, ce qui est rare cependant, aucun gonflement de la région. Mais l'erreur sera de peu de

durée, car la douleur, tant spontanée que provoquée, siège non seulement dans le sillon rétro-trochantérien, mais sur le bord postérieur du grand trochanter, et les troubles fonctionnels du membre allant jusqu'à l'immobilité presque complète de l'articulation coxo-fémorale et l'apparition du gonflement feront vite abandonner l'idée d'une simple névralgie.

A une époque plus éloignée, lorsque l'examen de la région révèle l'existence d'une tumeur liquide située profondément sous l'aponévrose fascia lata, deux questions se posent naturellement à l'esprit : quelle est l'origine de cet épanchement, quelle en est la nature ?

S'il existe des phénomènes inflammatoires intenses, de la rougeur de la peau, de l'empâtement, de l'œdème, on pourrait croire dès l'abord à un phlegmon, mais la présence au centre de la nappe érythémateuse d'une tumeur elliptique, allongée suivant le sens du membre, située sur le bord postérieur du grand trochanter et faisant un relief assez accusé, indiquera l'origine de la collection enkystée.

N'y a-t-il, au contraire, aucune trace d'inflammation, c'est avec les abcès froids ostéopathiques, si communs dans la région, qu'il faudra différencier l'hygroma trochantérien.

Les abcès froids ostéopathiques sont migrateurs ou sessiles, c'est-à-dire qu'ils tirent leur origine d'un point éloigné du système osseux ou du squelette même de la région. Dans le premier cas, c'est la colonne vertébrale qui est le plus souvent en cause ; le pus

arrivé dans l'excavation suit le nerf sciatique, passe avec lui par la grande échancrure sciatique et vient faire saillie au dessous du grand fessier. Cette saillie est globuleuse, sans limites bien précises, et n'est pas exactement localisée au niveau du bord postérieur du grand trochanter, mais à la partie moyenne de la fesse. De plus ces abcès sont réductibles, au moins en partie, et l'on trouve toujours, en explorant la colonne vertébrale, un point douloureux, indice de la lésion osseuse. La confusion, dans ces circonstances, est presque impossible; on ne retrouve là ni la forme elliptique de la collection siégeant dans la bourse trochantérienne du grand fessier, ni son siège exact sur le bord postérieur de l'os. Est-ce le sacrum, l'ischion, ou l'articulation sacro-iliaque qui est le point de départ de l'épanchement? l'exploration révélera encore le point douloureux symptomatique.

Lorsque la tuberculose envahit les couches superficielles du grand trochanter, on voit peu à peu apparaître un abcès dont l'origine pourrait être rapportée aux bourses séreuses. Mais là encore il y a des signes qui permettent, la plupart du temps, d'établir le siège exact de la lésion. S'agit-il d'une ostéite périphérique, l'apophyse est dès le début augmentée de volume et douloureuse à la pression. Cette douleur se manifeste non seulement à l'exploration directe, mais aussi lorsqu'on ébranle le fémur en un point quelconque de son étendue. Dès que le pus est formé, il affecte une marche particulière qui donne à l'affec-

tion une physionomie spéciale. Développé d'abord sous le périoste, l'épanchement purulent, grâce à son accroissement incessant, ne tarde pas à déterminer la rupture de cette membrane. Rien alors ne s'oppose plus à son extension graduelle, il devient migrateur et forme ces immenses abcès tuberculeux allant de la hanche au genou en suivant l'aponévrose fascia lata.

Au contraire, les collections développées dans les bourses trochantériennes, même lorsqu'elles sont très considérables, restent localisées à la partie supérieure du membre et ce fait, malgré la présence d'un point douloureux à la partie supérieure du grand trochanter, doit au moins permettre de supposer qu'il existe une inflammation des bourses de glissement.

L'ostéite centrale du grand trochanter (trochantérite de M. le professeur Le Fort) est trop nettement caractérisée par une douleur locale intense et par un épaississement considérable de l'apophyse pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Il en est de même de l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur qui, en dehors des phénomènes locaux, est accompagnée de symptômes généraux tout à fait caractéristiques.

A la deuxième période, lorsqu'il existe un ou plusieurs trajets fistuleux, c'est à l'exploration au stylet qu'il faudra avoir recours. Si on arrive alors dans une vaste cavité située en arrière du grand trochan-

ter et dans laquelle le bec de l'instrument se meut librement et décrit des arcs étendus, nul doute alors que l'on ait pénétré dans la bourse trochantérienne du grand fessier. Si l'ouverture fistuleuse étant située sur la face externe de l'apophyse, on délimite de la même façon une cavité circulaire, c'est la bourse du fascia lata qui sera alors en cause. Y a-t-il altération de l'os, la constatation des caractères précédents, la marche et l'étiologie de l'affection, permettront d'établir la succession des lésions.

Le diagnostic serait donc en général facile si l'hygroma trochantérien ne simulait quelquefois même à un haut degré, une des affections les plus redoutables du membre inférieur, nous voulons dire la *coxalgie*, et il importe absolument de distinguer ces deux maladies dont le pronostic et le traitement sont si différents.

En fait, lorsqu'on voit un malade porteur à la hanche d'une collection liquide ou d'une ou plusieurs fistules, lorsque, en même temps, la marche est difficile ou impossible et qu'il existe une position vicieuse du membre, on est immédiatement enclin à penser à une coxalgie. Il y a à cela deux motifs : en premier lieu, l'hygroma trochantérien est plus rare que la coxalgie ; en second lieu, on est habitué à considérer la position vicieuse du membre inférieur comme indiquant, presque à coup sûr, une lésion de l'articulation coxo-fémorale.

Et l'erreur est d'autant plus facile que, dans l'inflammation des bourses trochantériennes, cette posi-

tion vicieuse peut être identique à celle que l'on observe dans la coxalgie. Le membre est amaigri, les muscles de la cuisse et de la fesse sont atrophiés, l'articulation coxo-fémorale est immobile, la cuisse, fléchie sur le bassin, est dans l'abduction et la rotation en dehors, il y a de l'allongement apparent, de l'ensellure lombaire, et on constate en même temps des courbures de compensation du côté de la colonne vertébrale. Si l'on s'en tient à ces divers phénomènes, le diagnostic de coxalgie paraît de tout point exact. Mais si l'on remonte à la pathogénie de ces divers phénomènes, on reconnaît bien vite que s'ils expriment le plus souvent une souffrance articulaire, ils peuvent trouver leur raison d'être, plus rarement il est vrai, en dehors de l'articulation.

En effet, pendant la deuxième période de la coxalgie, les symptômes fonctionnels et en particulier la position vicieuse du membre, sont sous la dépendance immédiate, non pas de la lésion articulaire, mais de la douleur et de l'irritation nerveuse. Or, nous trouvons ces conditions réalisées par l'inflammation des bourses trochantériennes; le glissement incessant du grand trochanter sur la face profonde du fascia lata et le tendon du grand fessier, détermine une douleur souvent très vive qui éveille la vigilance des muscles; de là la position vicieuse; l'irritation des dernières ramifications nerveuses trouve son origine dans l'inflammation des parois des cavités séreuses et des tissus voisins; de là la contracture réflexe et la fixité de l'attitude du membre.

« Tous ces phénomènes, dit M. le professeur Duplay, attitudes vicieuses, changements dans la longueur apparents ou réels, contracture, limitation et gêne des mouvements qui s'observent également dans la coxalgie, ont ici la même cause physiologique. D'instinct, le membre se place dans la position qui diminuera les frottements, les pressions, les douleurs ; les muscles, simplement contractés, se contracturent ensuite et l'attitude devient ainsi permanente ». Lorsque l'affection est de longue durée, une nouvelle cause vient bientôt s'ajouter aux précédentes, c'est la rétraction des tissus de cicatrices qui limitent l'étendue des mouvements.

Il faut donc chercher ailleurs des caractères qui différencient ces deux affections ; à cet effet, on interrogera l'articulation elle-même et on examinera l'un après l'autre, par la pression, les divers segments osseux qui la composent.

Dans la coxalgie, on éveille ainsi une douleur plus ou moins vive, ou tout au moins une sensibilité plus grande dans le triangle de Scarpa, au niveau et en dedans des vaisseaux fémoraux, il en est de même à la face interne de la cuisse sur le bord des adducteurs, à quelques centimètres de la branche ischio-pubienne. Lorsqu'on saisit la cuisse du malade entre les deux mains et qu'on imprime un mouvement brusque au fémur, de manière à produire un choc de la tête contre la cavité cotyloïde, le malade accuse une douleur au niveau de l'articulation coxo-fémorale. Enfin, « ordinairement la région trochanté-

rienne n'est pas douloureuse. On peut comprimer la saillie qu'il forme en avant et en arrière sans provoquer de douleur. Ni ses faces antérieure et postérieure, ni son bord supérieur ne sont sensibles. » (Lannelongue, *Coxo-tuberculose*.)

Dans l'hygroma trochantérien, l'apophyse osseuse est douloureuse au niveau de son bord postérieur et de sa face externe, mais, par contre, la pression ne détermine aucune douleur dans le triangle de Scarpa et à la partie interne de l'articulation. Lorsque l'on pousse brusquement le fémur vers l'os iliaque, le malade rapporte la douleur qu'il éprouve, non pas à l'articulation de la hanche, mais au grand trochanter.

De plus l'étude des mouvements communiqués permettra également de reconnaître l'intégrité de l'articulation. En effet, en procédant avec une grande douceur, on peut toujours, dans l'inflammation des bourses trochantériennes, fléchir jusqu'à un certain point la cuisse sur le bassin sans que le malade éprouve aucune souffrance. « Si apportant un soin minutieux dans l'examen de ces mouvements, on engage le malade à laisser reposer son membre sur le lit sans se raidir, si, le creux poplité du membre atteint étant placé sur le coude, par des oscillations légères, on habitue les muscles à se relâcher, en ayant de plus la précaution de fixer le bassin sur le plain qui supporte le malade, on arrive à produire des mouvements évidents dans l'articulation coxo-fémorale, sans que le bassin se meuve et sans déterminer la moindre douleur. » Mielly.

Rien de semblable ne s'observe dans la coxalgie.

En dehors de ces caractères différentiels fournis par l'examen local, la considération de l'âge du sujet, du début et de la marche de l'affection révélera encore des particularités qui viendront affirmer le diagnostic.

La coxo-tuberculose est une maladie des enfants, elle est surtout fréquente de quatre à dix ou douze ans, nous avons vu, au contraire, que l'hygroma trochantérien est une affection de l'adolescence et de l'âge adulte. Ce dernier survient fréquemment à la suite d'un traumatisme chez des individus bien portants auparavant, la coxalgie a un début lent et insidieux et elle attaque plus particulièrement les sujets présentant les caractères de la scrofule ou du lymphatisme.

Enfin dans l'inflammation des bourses trochantériennes, la douleur locale et le gonflement sont les premiers phénomènes accusés par les malades ; dans la coxo-tuberculose ce sont les symptômes fonctionnels qui attirent d'abord l'attention, les abcès n'apparaissent que beaucoup plus tard.

La lésion siège dans les bourses séreuses trochantériennes : ce premier fait acquis, il reste à déterminer quelle est celle de ces cavités qui est intéressée. Cette localisation sera le plus souvent facile si on se rappelle les caractères que nous avons décrits plus haut.

Est-ce la bourse sous-cutanée ? l'épanchement représente un large ovale dont le grand diamètre

est dirigé suivant l'axe du membre et la fluctuation est superficielle.

La dépression en « coup de hache », la fluctuation *sous enveloppes épaisses*, les variations de volume de la tumeur pendant les mouvements de flexion et d'extension, indiqueront que l'épanchement s'est développé dans les bourses sous-aponévrotiques.

Le siège sur le bord postérieur ou la face externe du grand trochanter, la forme elliptique et allongée, ou sphérique de la collection liquide permettront enfin de reconnaître quelle est celle de ces deux cavités qui est en cause. Quant à la nature du liquide, il est des cas où on ne fera guère que la soupçonner. Si la tumeur était très saillante à l'extérieur, on pourrait rechercher la transparence.

A la seconde période, on arrivera au diagnostic par la considération du siège de la fistule, l'exploration au stylet, l'examen des mouvements de l'articulation et l'interrogatoire du malade.

Pronostic. — Abandonné à lui-même, l'hygroma des bourses trochantériennes profondes est une affection toujours sérieuse. La durée indéfinie, l'impossibilité à peu près complète de la guérison spontanée, l'altération des fonctions du membre et enfin les lésions osseuses possibles donnent au pronostic une certaine gravité. On se rappellera que la mort a été observée dans deux cas. Heureusement la chirurgie aidée de l'antisepsie est toute-puissante, et en réalité cette affection est d'une bénignité réelle lorsqu'elle est soumise à un traitement rationnel.

Traitement. — L'inflammation des bourses séreuses trochantériennes est justiciable des procédés de traitement appliqués à l'hygroma des autres régions, du genou, du coude, etc...

Les indications thérapeutiques varient avec la marche plus ou moins rapide des phénomènes inflammatoires et avec la nature de l'épanchement.

Est-ce un hygroma aigu ? L'immobilité du membre sera la première condition à remplir.

On prescrira donc le repos au lit, on appliquera sur la région malade des compresses imbibées d'une solution de sublimé ou d'acide phénique faible, recouvertes d'un imperméable et d'une couche de ouate. Sous l'influence de ces divers moyens, la douleur et le gonflement diminuent peu à peu, et si l'exsudat est séreux, il est possible qu'on observe sa disparition complète.

Mais un résultat aussi heureux n'est obtenu que rarement, le plus souvent l'épanchement cesse de s'accroître, devient stationnaire et forme une collection liquide enkystée, qui n'a que peu de tendance à la résorption, c'est le passage à l'état chronique; ou bien l'œdème, l'empâtement diffus, la fièvre indiquent qu'il y a production de pus. L'intervention rapide s'impose alors : aussi bien dans l'hygroma sous-cutané que dans l'hygroma sous-aponévrotique il faut ouvrir largement la cavité suppurée en observant une antisepsie rigoureuse. On évitera ainsi la propagation de l'inflammation au tissu cellulaire voisin, le phlegmon par diffusion et tous les phénomènes généraux.

graves qui en sont la conséquence. Après l'évacuation du pus, des lavages abondants avec une solution antiseptique assureront la détersion complète du foyer. Le drainage des pansements humides ou avec la gaze iodoformée favoriseront l'accolement rapide des parois.

Se trouve-t-on au contraire en présence d'une collection liquide accompagnée de phénomènes réactionnels peu intenses ou presque nuls, et remontant à une époque plus ou moins éloignée, divers moyens peuvent être mis en œuvre.

Les vésicatoires, les pointes de feu, les badigeonnages iodés employés isolément ou successivement ont donné quelques succès au moins momentanés dans les cas d'exsudat séreux. Ces divers moyens sont d'ailleurs inoffensifs et on pourra toujours les essayer au début du traitement. Il est de la plus grande importance d'exiger du malade de marcher le moins possible ou plutôt de garder le repos complet, on supprime ainsi une des causes les plus importantes qui entretiennent l'état irritatif de la séreuse et ce fait, aidé de quelques révulsifs, suffit quelquefois pour amener la guérison.

Si l'on n'obtient aucun résultat, on aura recours à la *ponction simple*. Elle présente à la fois un intérêt diagnostique et thérapeutique, car en même temps qu'elle révèle la nature de l'épanchement, elle peut devenir un excellent moyen curateur. En effet, si par la palpation on a reconnu que les parois de la séreuse sont souples et si le liquide a conservé le caractère

séreux, ce dernier pourra, après une ou plusieurs ponctions, ne plus se reproduire.

La compression sera alors un utile adjuvant.

Mais si la poche est limitée par une paroi épaisse et indurée, cartilagineuse par places, si l'épanchement est purulent, les révulsifs et la ponction seront tout à fait insuffisants; dans ces circonstances les deux interventions de choix, sont l'*extirpation* ou l'*incision suivie du grattage*. Nous ne décrirons pas ces procédés en détail, ils sont aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, de pratique courante.

La forme et la longueur de l'incision seront modifiées suivant chaque cas particulier.

Quelques chirurgiens ont été obligés de sectionner le tendon du grand fessier pour avoir un libre accès dans la cavité. On n'oubliera pas le voisinage du nerf sciatique.

Les parois de la poche seront disséquées au bistouri, dans la plus grande étendue possible; les fongosités, les fausses membranes seront détachées à l'aide de la curette tranchante, enfin le thermo-cautère sera quelquefois d'une grande utilité pour modifier les tissus, en particulier au niveau de la paroi profonde. On explorera avec soin les divers points de la cavité, surtout vers sa partie déclive, pour voir s'il n'y a pas quelque fusée purulente, on se rendra un compte exact de l'état du grand trochanter et s'il est dénudé, on enlèvera avec la gouge et le maillet le tissu osseux nécrosé.

Y a-t-il des trajets fistuleux? Ils seront incisés à

l'aide de la sonde cannelée, abrasés et la cavité ainsi ouverte, on procédera comme plus haut.

Un lavage soigné à la solution phéniquée à 5 0/0, le drainage, la suture et un pansement antiseptique et compressif termineront l'opération. Le malade sera maintenu au repos jusqu'à la cicatrisation complète. S'il persiste un petit orifice fistuleux, c'est également au repos combiné avec les pansements iodoformés qu'il faudra s'adresser tout d'abord pour en provoquer l'oblitération.

Contre les complications telles que l'hématome spontané ou traumatique, la suppuration localisée ou diffuse, l'incision antiseptique sera le principal moyen à employer.

L'atrophie musculaire sera combattue par l'électricité et le massage.

La destruction complète de la poche à l'aide de l'extirpation ou du grattage permet ainsi d'obtenir une guérison radicale, mais ce n'est pas sans un certain préjudice pour le bon fonctionnement du membre. Il en résulte en effet une cicatrice déprimée, adhérente à l'os et qui est le siège de tiraillements douloureux pendant la marche. Il est à supposer que les brides cicatricielles se relâchent peu à peu et que les mouvements recouvrent, en un temps plus ou moins long, leur étendue physiologique.

OBSERVATION I

Abcès de la bourse sous-cutanée trochantérienne. —
(Chassaignac, *Archives de médecine*, 1853).

Leseur Auguste, 26 ans, rouleur de perles, rue du Faubourg-Saint-Antoine, 268, entre, le 10 janvier 1850, au n° 7 de la salle Saint-François. Cet homme a une luxation congénitale du fémur droit, il a toujours boité; du reste il se portait bien et était capable de faire de longues courses; son alimentation était bonne, son logement sain, seulement il travaillait, il y a deux ans, dans un endroit humide. Vers cette époque, il ressentait des douleurs dans la hanche et dans le genou; ces douleurs revenaient par accès. Dans l'intervalle des douleurs il pouvait marcher, mais quand elles le prenaient, il ne pouvait rester ni debout ni assis.

Il y a trois mois, une tumeur molle et indolente a commencé à se montrer au niveau du grand trochanter et n'a cessé depuis de faire des progrès. Il n'y a pourtant que trois semaines que la région malade est devenue le siège de douleurs continues; en outre, depuis trois mois, le malade tousse assez fréquemment, il a des sueurs la nuit et, le 4 janvier, il a eu une hémoptysie; la quantité de sang était d'environ un demi-verre.

A son entrée à l'hôpital, on observe dans la région trochantérienne une tumeur volumineuse, sans changement de couleur à la peau; elle est molle, fluctuante, à peu près indolente, allongée dans le sens de la longueur du membre, elle a 30 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 12 dans son diamètre transversal.

J.-B. Petit.

Le membré malade est plus court que l'autre, la position du trochanter et de la tête fémorale est celle de la luxation en haut et en arrière (luxation iliaque).

On fait une ponction avec un trois-quarts explorateur ; elle donne issue à 400 grammes d'un pus mal lié. On injecte de la teinture d'iode dans la proportion de deux tiers de teinture sur un tiers d'eau. Après que l'injection a séjourné trois ou quatre minutes dans la poche purulente, on lui donne issue ; l'ouverture de la ponction est fermée avec des bandelettes. Le malade accuse des douleurs vives dans tout le membre.

Le soir, il y a eu de la fièvre, de la céphalalgie, une soif intense ; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre. La région trochantérienne est chaude, douloureuse et notablement tuméfiée.

Même état pendant deux jours, malgré une application de sangsues autour de la collection, qui a repris son volume primitif.

La douleur et la fièvre persistant, je craignis des fusées purulentes ou un phlegmon diffus dans le membre, et je me décidai à ouvrir la poche par une ponction avec un bistouri étroit. Cette ponction donne issue à 4 ou 500 grammes d'un pus très fétide ; une canule en caoutchouc est introduite dans l'ouverture. Cataplasmes.

Le malade ayant mangé peu de temps après l'opération, est pris de frisson et de vomissement ; le soir, il va mieux.

Le lendemain, le mieux continue, plus de fièvre, plus de céphalalgie ; l'appétit revient ; la suppuration est assez abondante.

Le mieux continue les jours suivants. Le malade est à trois portions, on lui donne du quinquina et du fer, il est à l'alcoolature d'aconit depuis la première ponction. La suppuration diminue de jour en jour.

Enfin le 22, on cesse les cataplasmes, la canule élastique est retirée ; on recouvre l'orifice avec du sparadrap.

Le 23 et le 24, il ne s'écoule plus qu'un peu de lymphé plastique citrine et transparente, sans traces de globules purulents.

Le 28, la petite plaie est fermée depuis deux jours ; un peu de liquide s'est encore accumulé dans la poche et donne lieu à une ondulation très manifeste. L'état du malade est du reste satisfaisant.

Le 30, une ponction avec le bistouri est faite dans le point le plus déclivé ; elle donne issue à 40 ou 50 grammes de lymphé plastique très limpide, sans traces de pus. On ferme l'ouverture avec des bandelettes.

Cependant l'abcès se referme peu à peu et présente la même étendue que précédemment ; il s'ouvre de lui-même et il en résulte une fistule. Quelques recherches que l'on fasse avec le stylet, il est impossible de trouver nulle part d'os à nu. Des injections iodées sont faites chaque jour ; l'écoulement purulent n'en continue pas moins, mais sans action fâcheuse sur la santé générale.

Le 1^{er} avril, le malade se lève et peut marcher, mais il conserve toujours son écoulement fistuleux.

Ce malade est sorti de l'hôpital avant l'oblitération définitive de l'orifice fistuleux à la région trochantérienne ; nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION II

Abcès de la bourse séreuse trochantérienne droite sous-cutanée. — (Thèse de Prosnowski, 1870).

Le nommé Jacob, maçon, âgé de 72 ans, entré le 20 juillet 1869, à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Panas.

Il présente à la partie externe de la cuisse droite, au niveau du tiers supérieur, une tumeur volumineuse sous-cutanée, offrant plusieurs lobes; le plus gros en avant paraît séparé des autres par une bride du tenseur du fascia lata. Un prolongement moins net existe vers la fosse iliaque externe. La tumeur est évidemment fluctuante, molle, le flot passe facilement d'un lobe à l'autre, sauf dans un petit prolongement situé en arrière, pour lequel il faut relâcher par la flexion la bride de séparation. Cette tumeur date de trois ans, elle est indolore, on ne constate aucune gêne dans les mouvements, elle paraît s'être développée dans la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée; ponction et issue *d'une bouillie crémeuse suppurée sortant difficilement*. Bientôt il faut employer un tube à drainage qui tarit la suppuration. On retire le tube le 17 août.

Le malade sort guéri le 28 août.

OBSERVATION III

Corps étranger organique de la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée. — (Bazy, *Courrier médical*, p. 98-100, 1879).

Le sujet de l'observation est un Arabe de 32 ans, entré à l'hôpital pour une dysenterie qu'il avait contractée dans les Balkans.

Il fut placé dans le service dirigé par le médecin de l'hôpital français de Constantinople, M. Delacour.

Cet homme était porteur de deux tumeurs situées sur la région trochantérienne du côté droit, ayant apparu il y a deux mois environ, et douloureuses, au dire du malade. M. Dela-

cour, étant incertain sur le diagnostic, me fit l'honneur de me montrer le malade pour avoir mon avis.

Je constatai alors sur la région trochantérienne du côté droit, deux petites tumeurs situées l'une au dessus de l'autre, à un centimètre de distance environ. La supérieure avait le volume d'un assez gros marron, l'inférieure était un peu plus petite. Elles étaient reliées toutes deux par une bride fibreuse de près d'un centimètre de largeur. Elles reposaient toutes deux sur la face externe du grand trochanter, sur lequel on pouvait les faire mouvoir assez facilement.

Elles étaient aussi mobiles sous la peau, mais assez fortement reliées entre elles, de façon à ne pouvoir presque pas être mues indépendamment l'une de l'autre.

La peau, à ce niveau, présentait un léger épaissement, qui portait aussi bien sur le derme que sur l'épiderme.

Du reste pas de traces de vascularisation à ce niveau.

Les tumeurs étaient bien nettement limitées, un peu bosselées et dures, d'une dureté rappelant presque celle des tumeurs fibro-cartilagineuses.

Elles étaient apparues depuis deux mois environ, avaient évolué sans phénomènes inflammatoires manifestes. Du reste, il n'y en avait pas de traces au moment de l'examen.

Au dire du malade, elles étaient le siège de douleurs assez vives, mais qu'il définissait très mal. Ce sont des élancements, des coups d'épingle. Elles étaient peu douloureuses à la pression.

Qu'étaient ces tumeurs ? Evidemment, il ne fallait pas songer aux tumeurs liquides, kystes hydatiques ; la consistance en même temps que la forme, et les connexions des tumeurs excluaient cette idée.

La mobilité, assez marquée dans le tissu cellulaire sous-cutané, faisait penser qu'elles s'étaient développées primiti-

vement dans ce tissu ; leur consistance, les bosselures légères qu'elles présentaient éveillaient immédiatement l'idée d'un fibrome. Il est inutile d'ajouter qu'il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire, ni de retentissement sur la santé générale.

Elles étaient trop volumineuses pour qu'on pût penser à des fibromes sous-cutanés douloureux.

Je ne parle que pour mémoire du choudrome dont le siège dans le tissu cellulaire sous-cutané est exceptionnel, peut-être même ne l'y a-t-on jamais vu.

Tenant compte, d'une part, de l'épaississement de la peau dans cet endroit, d'autre part, de l'existence dans cette région d'une bourse sous-cutanée, et aussi de la profession du malade, qui est soldat, comme on l'a vu, je portai un diagnostic un peu hardi peut-être, mais qui paraissait le plus rationnel, et je dis que bien probablement on se trouvait en présence de tumeurs formées par un épaississement anormal et partiel de la bourse sous-trochantérienne. Ce qui me faisait encore pencher vers ce diagnostic, c'était cette espèce de bandelette fibreuse qui reliait ensemble les deux tumeurs.

Ce diagnostic fait, j'interrogeai le malade pour savoir s'il ne s'était pas aperçu que la région malade eût été le siège de phénomène pouvant faire penser à un hygroma antérieur. Je n'ai pas eu de réponses assez précises pour pouvoir les consigner ici.

L'opération fut pratiquée par M. Delacour, auquel je servais d'aide, le 26 octobre 1877. Le malade voulut être endormi, on lui administra le chloroforme. Les tumeurs furent mises à nu au moyen d'une incision en T ; la peau incisée, on trouva le tissu conjonctif épaissi, après l'incision duquel on tomba dans une cavité très nette, légèrement cloisonnée par

quelques brides fibreuses. Les tumeurs adhéraient à la paroi superficielle de cette cavité qui, du reste, ne contenait pas de liquide ; elles furent extirpées sans difficulté.

Elles avaient une coloration blanchâtre, étaient dures ; elles criaient sous le scalpel quand on les a sectionnées. La surface de la coupe offrait la même coloration et montrait que la tumeur semblait être formée de couches assez régulièrement concentriques. Quelques points assez étendus avaient un aspect brillant, comme s'ils eussent été constitués par du tissu cartilagineux.

Malheureusement, l'examen microscopique n'a pu être fait, il ne nous est donc pas permis d'affirmer quelle était la texture exacte de ces tumeurs ; néanmoins nous pouvons dire que, par leurs caractères macroscopiques, elles se rapprochaient des tumeurs formées sinon en totalité, du moins en très grande partie par du tissu fibreux.

Les suites de l'opération ont été très simples, la plaie s'étant réunie par première intention.

Ces tumeurs offrent ceci de spécial, c'est que, s'il faut en croire le malade, elles se seraient développées assez rapidement. Elles doivent être consécutives à une inflammation chronique développée sous l'influence de frottements répétés du fusil sur cette région.

OBSERVATION IV

*Hygroma de la bourse séreuse trochantérienne sous-cutanée ;
Extirpation ; Guérison. (Thèse de Frédéric, 1888-89.)*

La nommée Hortense, célibataire, 32 ans, est entrée dans le service de M. Duret, le 26 mars 1888 pour une vaste tumeur à la région trochantérienne droite.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle a toujours joui d'une santé assez bonne, a eu dans son enfance des adénites suppurées dans l'aisselle droite et du cou (côté gauche) adénite de nature probablement strumeuse.

Depuis sept à huit ans, elle souffre par moments d'un rhumatisme articulaire sans retentissement sur le cœur. Les menstrues sont régulières. Elle fait remonter le début de sa tumeur à dix-huit mois. Aucune cause ne pourrait être incriminée, elle a bien été pendant 15 ans au service, obligée à porter des fardeaux parfois pesants ; il y a quatre ans, elle fit une chute sur le côté (elle ne sait lequel), mais elle pense que ce n'est pas à cela qu'il faut attribuer la cause de sa grosseur, pas plus qu'au décubitus latéral droit qu'elle gardait pendant son sommeil.

Quoi qu'il en soit, la tumeur, au début, était de l'étendue de la paume de la main d'un adulte, aplatie, plus gênante que douloureuse. Des badigeonnages à la teinture d'iode restèrent sans effet.

A la région trochantérienne droite, sur le bord externe de la cuisse existe une énorme tumeur du volume d'une tête de fœtus ou plus exactement des deux poings d'un adulte, sans rougeur ni coloration.

Pas de chaleur ni de douleur, la tumeur est nettement circonscrite ; avec les deux mains mises à plat on parvient à la limiter assez facilement. On ne lui sent pas de pédicule, ne semble pas adhérente à la peau elle-même, mais est de connexion avec le tissu adipeux sous-cutané. Par la pression la plus minutieuse on ne peut sentir le grand trochanter.

Il n'y a pas de fluctuation ni de rénitence, la consistance est celle d'un lipome mou. En aucun point on ne trouve de noyaux durs. Cependant la forme si régulière de la tumeur peut faire penser à un kyste dermoïde, mais la consistance

ne permet pas de s'arrêter d'une manière absolue à cette hypothèse.

La percussion donne une matité uniforme. Lorsqu'on saisit la tumeur à pleines mains, elle paraît mobile transversalement, et glisse un peu sur les parties profondes. Elle se déplace plus difficilement dans le sens vertical.

La tumeur a 19 centimètres dans le diamètre horizontal, 17 centimètres dans le diamètre vertical.

Signes fonctionnels. — Rien du côté de l'articulation coxo-fémorale, sauf un peu de gêne parfois, rien du côté de la colonne vertébrale.

Le diagnostic probable est celui de lipome, mais on s'expliquera tout à l'heure cette erreur, en remarquant qu'au moment de l'opération, la poche était revêtue de toute part d'une couche adipeuse de plusieurs centimètres d'épaisseur.

La malade étant chloroformisée, le chirurgien fait passer une longue incision à convexité postérieure, commençant à quatre travers de doigts au dessus de la région trochantérienne et finissant à la même distance au dessous. Il traverse avec son instrument tranchant un tissu adipeux sous-cutané, d'une épaisseur de 2 à 3 centimètres, puis dans un point où le tissu graisseux se détache facilement, il commence à disséquer la surface cutanée de la tumeur. Celle-ci est constituée par un tissu fibro-lamelleux entremêlé de pelotons adipeux, qui devient abondant, surtout vers la périphérie de la poche. Il est obligé, dans ce point, de traverser un peu le tissu adipeux lui-même et arrive ainsi à dégager un vaste lambeau à convexité postérieure, puis il s'occupe maintenant à dégager le tiers postérieur de la surface externe de la poche et c'est en ce moment, qu'en donnant un coup de bistouri plus rapide, il fait à la paroi de la poche une ouverture d'un centimètre environ, il s'écoula un jet de liquide absolument

citrin. On évalue à un verre environ la quantité de liquide qui sortit ainsi de la poche.

La dissection de la paroi postérieure est plus facile, elle est en connexion avec un tissu cellulaire très lâche, et repose sur la face externe du grand trochanter et du tissu fibreux qui recouvre cet os et sur l'aponévrose du fascia lata.

Sutures aux crins de Florence et pansements de Lister.

Examen de la pièce. — Elle est constituée par une poche ovulaire à grand diamètre vertical : elle mesure dans un sens 17 centimètres environ et dans l'autre 9 à 10 centimètres. La paroi externe de cette poche est formée par un tissu fibro-lamelleux ; à la circonférence, on constate de gros lobules adipeux de formes diverses, simulant assez bien les lobules du mésentère au voisinage du gros intestin. La face profonde de la poche est presque exclusivement fibro-lamelleuse, plus lisse, et ne présente pour ainsi dire pas de lobules adipeux.

Sur la face sous-cutanée, il existe quelques lobules adipeux aplatis.

La poche étant ouverte, on constate à sa face interne des masses d'un tissu d'aspect fibrineux et filamenteux qui se laisse déchirer assez facilement. Quelques-uns de ces blocs sont libres dans la cavité ; leur consistance ne ressemble pas à celle des masses stéatomateuses ou suiffeuses des kystes sébacés ou dermoïdes ; elle est filamenteuse et simule assez bien des paquets d'étoffe fine, entremêlés de fibrine. Il est facile de décoller, sur toute la surface interne de la poche, une membrane de consistance pâteuse, se déchirant comme une pâte molle, et qui vraisemblablement est constituée par de la fibrine.

Au dessous de cette membrane fibrineuse, on constate que la paroi est lisse et comme séreuse.

En une région de cette poche, correspondant à peu près à la

partie moyenne de la paroi externe, existe un cordon arrondi, de 5 à 6 centimètres de long et d'un diamètre de 2 à 3 millimètres, qui s'y insère.

La plaie était presque complètement guérie le 1^{er} juillet. La malade se promenait.

Examen histologique. — Les parois de la poche sont formées par une série de couches qui se succèdent avec des transitions ménagées.

La surface interne est irrégulière et présente des ondulations artificielles dues au plissement de la poche après évacuation du contenu et à l'action de l'alcool.

La couche la plus interne est formée par une substance vaguement striée et réticulée, demeurant incolore par le violet de gentiane et ne contenant pas d'éléments histologiques. Il s'agit là d'un coagulum albumino-fibrineux, déposé à la face interne du kyste.

La couche suivante, beaucoup plus épaisse, est formée par du tissu conjonctif jeune, reconnaissable à des éléments pourvus de noyaux fusiformes infiltrés, et présente un nombre assez considérable de cellules lymphatiques dans son épaisseur.

Cette couche ne présente aucune artériole. La troisième couche est formée de tissu conjonctif à peu près adulte, présentant ses faisceaux conjonctifs, laissant voir les noyaux des cellules plates appliquées à la surface des faisceaux; dans cette couche, l'infiltration lymphoïde est notablement moindre que dans la précédente et affecte une répartition inégale en îlot.

La partie la plus externe de cette couche ne contient presque plus de cellules lymphatiques, mais elle possède des vaisseaux extrêmement nombreux, ce sont des artérioles

dont la structure est à peu près normale, des veinules ou des capillaires notablement dilatés.

La zone la plus externe de la formation kystique est formée par du tissu conjonctif adipeux, normal en tous points, excepté en ce que ses vaisseaux sont entourés d'une quantité notable de cellules lymphatiques.

Le contenu du kyste n'a pu être examiné au microscope.

Notons qu'en aucun point de la surface interne nous n'avons rencontré de revêtement épithélial.

De cet examen, il résulte que nous avons affaire à une formation kystique dont les parois présentent des phénomènes d'inflammation chronique relativement ancienne, mais à laquelle se sont surajoutées des poussées subaiguës.

OBSERVATION V

Inflammation fongueuse chronique de la bourse séreuse sous-cutanée de la région trochantérienne. — (Frédéric, Thèse de Paris, 1888-1889).

La nommée Van Leuven, 18 ans, fileuse, entré dans le service de M. Duret, salle Saint-Augustin, n° 4, le 16 octobre 1888, pour une fistule de la région trochantérienne gauche, dont elle fait remonter l'origine à cinq ans.

A l'âge de 13 ans, elle fit une chute sur la hanche gauche, ce qui amena une douleur excessivement vive, qui rendait à cette époque la marche très pénible. A la suite d'applications d'antiphlogistiques, la sensibilité devint moins intense : ce mieux ne persista pourtant pas et la jeune fille s'apercevant que la hanche devenait chaude, rouge, douloureuse, surtout la nuit, entra à l'hôpital de La Charité.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, n'a jamais eu d'irrégularité dans ses menstrues qui n'étaient modifiées en rien par le mal qu'elle portait.

A l'hôpital, M. A. Faucon se décide à intervenir d'une manière énergique. Après anesthésie, l'abcès fut largement ouvert et drainé, et des injections pratiquées tous les jours par le drain durant cinq mois et demi, époque à laquelle elle sortit de l'hôpital à peu près guéri, durant huit mois, elle continua à mettre du diachylon sur sa plaie qui se ferma alors complètement, mais qui s'est rouverte dans ces derniers temps.

Etat actuel. — Au niveau de la région trochantérienne gauche, on voit un orifice à bords irréguliers, déchiquetés, d'aspect violacé, pouvant permettre l'introduction du petit doigt et laissant écouler un liquide séro-purulent en assez grande quantité. La région voisine est légèrement rougeâtre.

Autour de la fistule on voit les traces d'une ancienne cicatrice de l'étendue d'une pièce de deux francs, à six travers de doigt plus bas, une autre de la dimension d'une pièce de cinq francs.

La malade nous dit que ces cicatrices étaient les points de sortie des extrémités du tube mis antérieurement.

Tout autour de la fistule, dans une largeur grande comme la paume de la main, les tissus sont rouges, chauds, infiltrés, de plus, douloureux à la pression et conservant l'empreinte du doigt.

La fistule est profonde, en explorant avec le stylet, on n'arrive pas, il est vrai, sur le grand trochanter, mais on sent nettement qu'on est dans une cavité voisine de l'os. La malade nous dit que l'apparition de cette fistule date de quatre semaines sans cause connue.

M. Duret pense avoir affaire à une *inflammation fongueuse*

chronique de la bourse séreuse sous-cutanée, que M. Faucón a traitée par le drainage, lequel n'a pas donné de résultat définitif dans le cas présent ; en conséquence il résolut d'agir d'une façon plus radicale.

Opération. — Voici les différents temps de l'opération :

- 1° Incision cruciale des téguments ;
- 2° Raclage et grattage des fongosités ;
- 3° Modification des surfaces altérées au moyen du thermo-cautère ;
- 4° Sutures et pansements.

Le 22 octobre, après anesthésie et lotions antiseptiques de toute la région trochantérienne, M. Duret fait une incision de dix centimètres environ, intéressant toute la zone infiltrée et dépassant la fistule supérieurement et inférieurement, incision pénétrant jusqu'à la bourse séreuse ; une deuxième incision menée d'avant en arrière, rejoint la première un peu au dessus de la fistule.

Les lèvres de la plaie fortement écartées laissent apercevoir un vaste foyer dont le fond est couvert de fongosités implantées sur les parois externes de la poche et sur les faisceaux aponévrotiques du fascia lata.

La bourse séreuse présentait d'ailleurs des solutions de continuité en différents endroits et deux prolongements en cul-de-sac se dirigeant en bas et en arrière.

Elle était remplie de fongosités.

On avait sous les yeux la cause de cette intarissable suppuration, aussi M. Duret procéda-t-il à un curage complet. S'aidant de ses mains et d'une curette, il racla et rejeta en dehors ces produits de mauvaise nature. Cette partie de l'opération fut très laborieuse ; il eut surtout beaucoup de peine à enlever les fongosités qui étaient implantées sur le fascia lata. Cela fait, le chirurgien excisa les bords de la fistule,

blafards, violacés, sans vitalité aucune et sans tendance à la cicatrisation.

Des lavages antiseptiques réitérés sont faits dans la cavité, puis l'opérateur touche, brûle au thermo-cautère les endroits où étaient les produits fongueux dans le but de modifier leur surface, de produire une inflammation de bonne nature et d'amener de la sorte une cicatrisation plus rapide.

Un drain est placé dans la plaie ; l'un de ses bouts sortant par une contre-ouverture pratiquée à la partie inférieure et postérieure de la cuisse, partie la plus déclive. On injecte plusieurs fois des seringues chargées de sublimé. Puis M. Duret bourre la cavité de gaze iodoformée, ne laissant dépasser à l'extérieur que l'extrémité de la bande de gaze et commence les sutures au crin de Florence ; 10 sont placées sur la grande incision, 4 sur la petite, perpendiculaire à peu près à la première, trois enfin sur celle de la face postérieure.

Guérison le 10 décembre.

OBSERVATION VI

Ostéite du grand trochanter consécutive à « un abcès formé probablement dans la bourse muqueuse du grand trochanter. » — (Pétrequin, Gazette médicale, janvier 1837).

Le sujet est un étudiant en médecine qui souffrait depuis quinze ans.

La maladie avait débuté par un abcès formé probablement dans la bourse muqueuse du grand trochanter, abcès qui, après s'être une fois ouvert, ne s'est jamais refermé complètement. Par intervalle un érysipèle venait aggraver l'état du malade. On sentait une esquille séparée et comme une masse fongueuse qui s'enfonçait dans l'apophyse.

L'opération eut lieu le 4 septembre 1836. Une simple incision elliptique fut faite ; le grand trochanter fut découvert et dénudé et enlevé avec la scie à molette, couche par couche, jusque près de la cavité digitale.

Le 3 octobre, pas le moindre accident, la plaie s'est détergée, la cicatrisation s'est formée. Il ne reste plus qu'un seul point fistuleux. Depuis quelques jours, le malade commence à marcher.

Le 15 octobre, le malade reprend ses travaux anatomiques. Guérison complète.

OBSERVATION VII

Abcès de la bourse trochantérienne droite du grand fessier datant de cinq semaines. — Game, thèse de doctorat, 1846).

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 23 ans, d'une constitution faible lymphatique, mais non scrofuleuse, Depuis cinq semaines, il éprouve des douleurs dans la hanche droite. Il porte sur le grand trochanter du même côté, une tumeur du volume d'un œuf de poule, aplatie et une autre tumeur fluctuante à la partie moyenne et interne de la cuisse. La première des deux tumeurs est survenue *sans cause connue* ; cependant, la présence de la seconde indique une prédisposition à la diathèse purulente.

En examinant la hanche, on aperçoit *en arrière du grand trochanter* une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, molle, fluctuante, circonscrite, plus étendue dans le sens vertical que transversalement, sans adhérence à la peau qui est mobile, faisant saillie à l'extérieur quoique sa base se perde dans les parties molles.

Le sujet étant amaigri, on sent parfaitement le grand trochanter et l'ischion, et l'on voit très bien que cette tumeur siège à la partie postérieure du grand trochanter, qu'elle est comprimée, aplatie par les contractions du muscle grand fessier; la compression directe la rotation du pied en dehors et en dedans produisent également de la douleur. La marche est pénible; cependant le malade se promène encore dans la salle en inclinant le bassin et le tronc du côté affecté.

La douleur éprouvée pendant la marche se fait sentir au niveau du grand trochanter et non dans l'articulation.

M. Pétrequin ouvre la tumeur avec le bistouri comme un simple abcès. Il pratique une incision de deux centimètres environ, dirigée de haut en bas, de dedans en dehors dans le sens de la direction des fibres supérieurs du grand fessier. Il en sort à peu près 30-40 grammes d'un pus séreux, mal lié.

La paroi de la bourse muqueuse est épaissie, sa face interne blanche, tomenteuse, veloutée, présente çà et là des espèces de petits mamelons gris blanchâtres. Des bourdonnets de charpie sont introduits dans la plaie pour y déterminer une inflammation adhésive. On voit bientôt apparaître une légère réaction, un pus crémeux de bonne nature.

Traitement. — Tonique, amer, vin de quinquina. Guérison un mois et demi après l'entrée à l'hôpital.

OBSERVATION VIII

Dégénérescence fongueuse avec fistule de la bourse muqueuse trochantérienne gauche du grand fessier, datant de douze ans. — (Game, 1846.)

Anne Dubost, âgée de 22 ans, religieuse, entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Sainte-Marthe, le 20 août 1843, pour y

J.-B.- Petit.

être traitée d'une affection de la hanche. Il résulte des renseignements fournis par elle qu'elle fit une chute à l'âge de 10 ans sur le grand trochanter gauche : une inflammation assez vive, accompagnée de tuméfaction, en fut la suite.

Les phénomènes inflammatoires dissipés, il resta une tumeur, reposant sur l'os, molle, se laissant facilement aplâter, profonde, sans adhérence à la peau. Une seconde chute, faite sur le même point un an après, fit reparaitre les accidents inflammatoires et amena la rupture de la tumeur.

Depuis cette époque, la maladie persista, sans toutefois empêcher la marche qui déterminait une légère claudication avec de la douleur, un peu de pesanteur, de gêne dans les mouvements ; il se forma des fistules qui se fermèrent et furent remplacées successivement par d'autres.

Telle a été la marche de la maladie pendant dix ans, toujours il y a eu un ou plusieurs trajets fistuleux autour de l'apophyse, avec un suintement, une suppuration plus ou moins considérable, selon que la malade marchait ou gardait le repos.

Depuis deux mois, des douleurs assez vives se font sentir et rendent la marche très pénible, c'est ce qui décida la malade à entrer dans le service de M. Pétrequin. Voici ce que l'on observe les premiers jours de son entrée.

Phénomènes physiologiques. — La malade se couche sur le dos, sur le côté droit indifféremment, jamais sur le côté malade ; le membre est légèrement fléchi. Pendant la marche, le tronc et, par suite, le bassin, sont inclinés à gauche, ce qui lui donne un caractère tout particulier. La première idée qui vient à l'esprit en voyant la malade se promener dans la salle, c'est qu'elle a un raccourcissement, suite d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale, mais si on la fait coucher, si l'on fait une bonne mensuration, on s'assure bientôt que ce

raccourcissement n'existe pas, que les éminences osseuses n'ont point changé de rapport, en un mot, que la malade incline son bassin à gauche pour prévenir la contraction du muscle fessier et, par suite, le froissement, la pression de la bourse muqueuse trochanterienne.

Phénomènes pathologiques. — Si l'on passe à l'examen de la région trochanterienne elle-même, on voit qu'elle est un peu tuméfiée, douloureuse à la pression, que la peau y est rétractée, couturée. On remarque sur la partie la plus saillante trois fistules donnant un pus séreux, granuleux, fétide, tachant le linge en noir. Elles sont très rapprochées l'une de l'autre.

On remarque, en outre, cinq cicatrices résultant de l'oblitération de trajets fistuleux anciens disposés en demi-cercle, embrassant la base de l'apophyse.

En introduisant le stylet dans une des fistules, on sent le grand trochanter presque mis à nu et tapissé seulement d'une fausse membrane dégénérée très mince. On peut l'introduire assez profondément en bas, en avant et en arrière dans la bourse muqueuse en clavier. L'articulation, du reste, est parfaitement libre; les mouvements, surtout ceux de flexion et de rotation, réveillent des douleurs qui ont leur siège au niveau du grand trochanter et non pas dans l'articulation elle-même.

On a épuisé en vain successivement un grand nombre de traitements pour guérir cette affection. M. Pétrequin ayant diagnostiqué une dégénérescence fongueuse de la bourse muqueuse, se décida à mettre à nu le foyer et à le cautériser vigoureusement avec le cautère actuel; il pratiqua l'opération ainsi qu'il suit :

Une sonde cannelée est introduite dans la fistule la plus large et guide un bistouri qui fait une incision en bas et en

arrière; la sonde tournée en haut, l'incision est agrandie dans ce sens; enfin, du milieu de cette incision, on en fait partir une troisième qui s'étend jusqu'au bord antérieur du petit fessier. Alors on découvre en entier toute la face externe du grand trochanter, tapissée de membranes fongueuses et lisses, d'un blanc grisâtre, qui recouvre toute la face externe du foyer; les tissus environnants sont durs, lardacés, l'apophyse elle-même n'est point altérée. Quelques débridements pratiqués en arrière sur le tendon du grand fessier achèvent de découvrir complètement la cavité de la poche jusqu'à sa moindre anfractuosité.

En bas, elle s'étend jusqu'à l'extrémité supérieure de la ligne âpre; en haut, elle dépasse le bord supérieur du grand trochanter de deux centimètres; en avant, elle ne dépasse pas le bord antérieur de l'apophyse; en arrière, elle est à peine distante de l'ischion.

Cautérisation au fer rouge. — Guérison. La malade sort le 5 décembre.

Tous les mouvements de la cuisse peuvent parfaitement s'exécuter, il ne reste qu'un peu de gêne, de pesanteur, dues au repos prolongé qu'on a fait garder à la malade.

OBSERVATION IX

Dégénérescence fongueuse de la bourse muqueuse trochantérienne avec fistules; Guérison. — (Game, Thèse de Paris, 1846.)

Jeune homme de 21 ans, entré déjà quatre fois à l'hôpital. Sa maladie a débuté par un sentiment de faiblesse, de gêne dans la hanche du côté droit, suivie de l'apparition d'une tumeur.

Deux ans après elle s'enflamme et suppure.

Depuis cette époque, c'est-à-dire huit ans, de nouveaux trajets fistuleux n'ont cessé de se former et de se cicatriser. A son entrée, même décubitus que dans l'observation précédente, même attitude.

En examinant la région trochantérienne, on y trouve douze cicatrices résultant, soit d'incisions antérieures, soit de trajets fistuleux; il y en a encore trois ouverts. On ne peut arriver avec le stylet sur le grand trochanter.

Diagnostic. — Dégénérescence fongueuse de la bourse muqueuse trochantérienne.

M. Pétrequin réunit tous les trajets fistuleux par plusieurs incisions, cautérise largement et détruit ainsi une masse de fongosités grisâtres, implantées sur toute la face postérieure du grand trochanter. Trois mois après, le malade est guéri.

OBSERVATION X

Abcès de la bourse muqueuse trochantérienne droite du grand fessier datant de quatre ans. — (Game, 1846.)

Claire Buisson, âgée de 49 ans, ouvrière en soie, d'un tempéramment sanguin, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Pétrequin, le 1^{er} avril 1845. Cette fille a habité la campagne jusqu'à l'âge de 12 ans; réglée à 16 ans, elle perd régulièrement pendant deux jours. Elle a eu, il y a cinq ans, un rhumatisme articulaire aigu qui s'est fixé spécialement sur l'articulation fémoro-tibiale droite, laquelle est restée tuméfiée pendant un mois. Ce rhumatisme paraît avoir été déterminé par le séjour dans un appartement nouvellement construit. *Depuis quatre ans*, Claire Buisson dit éprou-

ver des douleurs dans toute la partie externe de la cuisse droite depuis la crête iliaque jusqu'au creux poplité.

Ces douleurs n'existent pas constamment, elles apparaissent en hiver, mais surtout pendant le printemps.

Depuis deux mois et demi, une tumeur a commencé à paraître sur la hanche droite. Son début a été annoncé par un peu d'engourdissement, de roideur, de pesanteur dans l'articulation. Peu à peu ces symptômes ont acquis assez d'intensité pour forcer la malade à entrer à l'hôpital.

Après avoir recueilli ces renseignements, on passe à l'examen de la tumeur profondément située, peu saillante à l'extérieur; elle peut être du volume d'une grosse pomme aplatie, à large base. Elle est résistante, douloureuse à la pression, sans adhérence à la peau. Quoique la malade présente beaucoup d'embonpoint, que les saillies osseuses soient enveloppées d'une très grande quantité de graisse, le toucher fait cependant reconnaître qu'elle siège au niveau du grand trochanter, entre cette éminence et l'ischion. On sent qu'elle repose en avant, sur une base dure, et qu'elle est comprimée par une partie résistante, mais extensible.

Son diamètre vertical l'emporte sur son diamètre transversal.

Tous les mouvements de la cuisse sont conservés; la flexion, la rotation en dehors et en dedans déterminent des douleurs: la marche est encore possible, mais douloureuse et se fait par une sorte d'inclinaison à droite du bassin.

Décubitus sur le côté gauche, quelquefois sur le dos, jamais sur le côté droit.

Au premier abord, le volume de la hanche, l'inclinaison du bassin pourraient faire croire à un raccourcissement du membre, mais on s'assure par une mensuration exacte qu'il n'en est rien. La douleur pendant la marche et les mouve-

ments a son siège au niveau du grand trochanter et non profondément dans l'articulation.

La marche de la maladie, sa situation, ses symptômes font reconnaître une tumeur de la bourse muqueuse trochantérienne du grand fessier.

Bains tièdes, larges vésicatoires, pommades résolutives employées sans succès.

Le 28 avril, M. Pétrequin fait une ponction exploratrice avec un trocart effilé qu'il enfonce à la profondeur de six centimètres environ. Il sort quelques gouttes d'un pus séreux mal lié.

En imprimant au stylet, des mouvements de haut en bas, on sent qu'il a pénétré dans une large cavité reposant sur les parties dures ; un léger gonflement de la cuisse est la suite de cette exploration.

Le 4 mai, on pratique une injection iodée après avoir vidé le foyer du pus qui y était contenu. Gonflement considérable de la cuisse et de la hanche, précédé d'une douleur très vive s'irradiant le long du trajet du nerf sciatique jusqu'à la plante des pieds.

Fièvre, phénomènes inflammatoires pendant 10 jours.

La tumeur, loin de diminuer, semble prendre de l'accroissement.

Le 17 mai, on fait une seconde injection avec de la potasse caustique très diluée.

Cette nouvelle injection, répétée quatre jours de suite, à chaque pansement du matin est suivie des mêmes symptômes que ceux que j'ai indiqués plus haut.

On les combat de la même manière, tous disparaissent au bout de quelques jours, excepté la douleur sciatique qu'on combat en vain par la morphine administrée par la méthode endermique.

Le 2 juin, M. Pétrequin, n'espérant plus obtenir la résolution de la tumeur, fait appliquer un morceau de potasse caustique sur la partie la plus déclive, où l'on sentait un peu de fluctuation, c'est-à-dire à deux centimètres au dessous et en arrière du grand trochanter, les cataplasmes émollients sont continués ; on emploie de nouveau la morphine qu'on avait abandonnée pendant quelques jours. La douleur sciatique disparaît et se trouve remplacée par un sentiment de froid et de pesanteur dans toute la cuisse.

On fend l'escharre avec un bistouri ; il sort à peu près 100 grammes d'un pus jaunâtre granuleux, ayant une odeur forte et nauséuse.

Pansements avec des mèches de charpie. Peu à peu la plaie se déterge, le trajet fistuleux se resserre, le pus est moins abondant.

La plaie est totalement fermée le 15 juillet. A cette époque la malade se croit guérie, elle se lève, et malgré les observations qu'on lui a faites, elle descend à la cour.

Le 20 juillet, elle se plaint de nouveau, de douleurs dans la hanche qui se tuméfie, la cicatrice se déchire, il survient une suppuration abondante et fétide avec fièvre.

Les douleurs continuent pendant huit jours et les bords de la plaie s'écartent

Même état pendant trois semaines.

La malade a perdu de son embonpoint, elle a des nausées, des vomissements, la plaie devient blafarde.

Le 14 août, on pratique deux incisions pour favoriser l'écoulement du pus, la plaie a alors 3 - 4 centimètres de longueur.

Pendant quinze jours, on a recours aux cataplasmes, aux pansements avec de la charpie arrosée d'eau-de-vie camphrée,

de vin aromatique. Voyant que tous ces moyens ne réussissaient pas, M. Pétrequin a recours au cautère actuel.

Le 2 août, on incise largement la plaie en haut et en bas, de manière à lui donner 7-8 centimètres de longueur. M. Pétrequin après avoir mis à nu des fougosités blanchâtres éteint dans le foyer cinq fers chauffés au rouge blanc. Une hémorrhagie abondante survient, on l'arrête à l'aide de boulettes de charpie.

Les jours suivants la suppuration s'établit et la plaie diminue graduellement d'étendue.

Le 20 octobre, la solution de continuité avait diminué de moitié; cependant la cicatrisation s'arrête, l'amaigrissement et la diarrhée surviennent.

On fit transporter la malade à la campagne où elle acheva de se guérir.

OBSERVATION XI

Tumeur de la bourse trochantérienne gauche du grand fessier datant de trois ans. — (Thèse de Paris, Gamé, 1846.)

Bedoil Jeanne, 55 ans, tailleuse, d'une bonne constitution, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, le 4 janvier 1856. Elle y est amenée par les suites d'une chute qu'elle a faite de sa hauteur sur la hanche du côté gauche. Elle accuse des douleurs dans la cuisse qui se dissipent au bout de quelques jours. En l'examinant à son entrée, pour m'assurer s'il n'y a pas de fracture, j'ai observé au niveau du grand trochanter *une tumeur* sur laquelle la malade nous donne les renseignements suivants :

Il y a trois ans environ, je reçus sur la hanche un coup de pied d'un bœuf. Après avoir été renversée par lui, je perdis

J.-B. Petit.

connaissance; on fut obligé de m'emporter chez moi. A mon réveil, j'éprouvai un peu de douleur dans la hanche; bientôt ces douleurs augmentèrent et furent accompagnées d'une tuméfaction noirâtre de toute la partie externe et postérieure de la cuisse. Au bout de quelques jours, je vis ma cuisse; de noirâtre qu'elle était, devenir jaunâtre puis tout disparaître au bout d'un mois par la simple application de cataplasmes émollients. Je croyais être complètement guérie; lorsque, essayant de marcher, je découvris la tumeur que vous voyez aujourd'hui. Après avoir alternativement augmenté et diminué de volume, elle est restée stationnaire depuis un an.

Ce n'est qu'au bout de quarante jours que j'ai pu marcher. Depuis mon accident je n'ai jamais pu reposer le côté gauche sur une chaise sans éprouver des douleurs qui me forcent toujours à changer de position. Pendant les six premiers mois, j'ai éprouvé un sentiment de froid dans toute la cuisse; il reparait encore de temps en temps, il y a dix-huit mois que j'ai ressenti des fourmillements, parfois des douleurs assez vives s'étendant jusqu'au pied; j'ai alors appliqué sur mon emplâtre de la térébenthine qui a fait disparaître ce malaise en six semaines. Il a reparu plusieurs fois depuis mais il n'a duré que quelques jours.

Après avoir recueilli ces renseignements, je procédai à l'examen de la tumeur. Je la trouvai ovoïde; elle avait 4 centimètres environ de hauteur et $2\frac{1}{2}$ de largeur. Elle était située entre la face postérieure du grand trochanter et l'ischion, molle, fluctuante, sans adhérence à la peau; elle formait une saillie assez prononcée à l'extérieur.

Quoique indolente depuis huit mois, la pression y réveille cependant quelques douleurs; si on fléchit fortement la cuisse, on voit la tumeur s'aplatir d'avant en arrière d'une manière très sensible.

Je fais lever la malade, elle marche devant moi en inclinant fortement à gauche le bassin et tout le tronc.

Elle m'assure qu'elle ne peut marcher que très peu de temps, qu'elle est immédiatement fatiguée et obligée de s'arrêter dans ses courses, à cause de la douleur qu'elle éprouve. La malade s'étant mise au lit, je la vis se coucher sur le côté droit ; je l'interroge alors et je lui demande si elle ne peut pas se coucher sur le dos et sur le côté gauche, elle me dit qu'elle repose constamment sur le côté droit, quelquefois sur le dos, jamais sur le côté gauche.

Je l'ai observé pendant quinze jours et je l'ai constamment vue garder cette position (la cuisse est légèrement fléchie et portée dans l'abduction).

La tumeur étant très ancienne et ne pouvant céder à des moyens topiques, la malade redoutant, du reste, toute opération, sort de l'Hôtel-Dieu sans permettre qu'on touche à son mal.

OBSERVATION XII

Pression forte et continue sur le grand trochanter ; épanchement dans la bourse séreuse sous-aponévrotique ; Ponctions multiples sans succès ; Opération par incision ; Guérison. — (Chassaignac, Archives de médecine, 1853).

Le 6 mai 1842, entre à l'hôpital Cochin, au n° 3 de la salle Cochin, le nommé Pulquem, charretier, 42 ans, bonne constitution. Cet homme, après être resté pendant plusieurs heures, la hanche appliquée contre le brancard d'une voiture, ressentit une douleur avec tension dans le point comprimé. Il entre à l'hôpital.

Au niveau du grand trochanter droit existe une tumeur oblongue, à grand diamètre dirigé suivant l'axe de la cuisse,

devenant irès saillante, au moment de la flexion de la cuisse sur le bassin, s'aplatissant au contraire fortement dans le mouvement d'extension ; c'est encore une particularité de ces collections sous-aponévrotiques de la région trochantérienne que le contraste de volume qui existe d'une manière si frappante, suivant que la cuisse est en flexion ou en extension.

L'aponévrose *fascia lata*, fort épaisse et solidement tendue par un muscle, joue, à l'égard des collections qui lui sont subjacentes, le rôle d'un appareil contentif tellement puissant qu'il aplatit, presque jusqu'à les faire disparaître, des épanchements d'un volume assez notable. Dans le cas particulier, la tumeur était, du reste, peu sensible à la pression ; fluctuation manifeste et bien limitée en bas, *comme par un coup de hache*, léger empatement sans rougeur à la peau.

Le 8, trois ponctions sont pratiquées avec la lancette, enfoncée profondément dans la tumeur, d'où s'écoule un liquide séreux, trouble, légèrement sanguinolent.

Depuis le 8 mai jusqu'au 29 du même mois, seize ponctions furent pratiquées. J'avais toujours l'espoir d'obtenir l'adhésion des parois de la poche séreuse par le seul fait de l'évacuation du liquide et de l'inflammation suscitée par les ponctions multiples. Chaque fois qu'une série de ponctions était exécutée, la tumeur reproduite donnait issue à un liquide dont la nature et la quantité n'ont pas varié. C'est le propre des collections séreuses contenues par des enveloppes épaisses et bien circonscrites de ne pas augmenter sensiblement par suite d'évacuations successives, tandis que le contraire a presque constamment lieu quand les organes contentifs sont moins résistants. Voyant que les ponctions successives étaient impuissantes à déterminer l'adhésion des parois du kyste, j'eus recours à l'application sur la tumeur des compresses imbibées de teinture d'iode, le tout combiné avec une com-

pression soutenue. Ce traitement continué pendant huit jours, n'ayant amené aucun résultat, je me décidai à faire sur la tumeur une incision verticale et profonde de trois pouces de longueur, en traversant les fibres du *fascia lata*, sous l'aponévrose duquel siégeait l'épanchement. Une hémorrhagie, quoique peu abondante, nécessita la ligature d'une petite artère; un tampon de charpie fut introduit jusqu'au fond de la plaie. Pansement ordinaire.

Le 11 juin, l'inflammation a été modérée; la plaie présente un très bon aspect. Même pansement.

Le 13, suppuration de bonne nature; répression des bourgeons charnus par la solution de trente grammes d'eau distillée pour cinq grammes de nitrate d'argent.

Le 17, cicatrisation presque complète. Le malade qui jusque-là avait gardé un repos absolu, peut se lever et se promener dans les salles. Chaque jour la surface de la plaie, qui diminue rapidement, est touchée avec la solution ci-dessus.

Enfin le 2 juillet, le malade sort de l'hôpital, n'éprouvant aucune douleur dans la marche et en possession d'une guérison définitive.

OBSERVATION XIII

Hygroma suppurée de la bourse trochantérienne profonde; Phlegmon par diffusion; Mort. [(Chassaigne, *Archives de médecine*, 1853.)

Chaylus Jean, 51 ans, marchand de fer, a toujours joui d'une parfaite santé et présente l'apparence d'une bonne constitution. Il s'aperçut, il y a *cinq mois environ*, de l'apparition d'une grosseur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, dans le point correspondant à la saillie du grand trochanter.

La tumeur avait paru *sans aucune cause appréciable* ; il n'avait point reçu de coup, n'avait point fait de chute sur la région trochantérienne, La tumeur continuant à prendre du volume, il se décida à entrer à l'hôpital. Le mal siège à la partie supérieure et externe de la cuisse, un peu en arrière du grand trochanter où existe une tumeur d'à peu près 24 centimètres de longueur. Dans le sens de l'axe du membre pelvien, la tumeur remonte un peu au dessus de l'os iliaque, dans l'étendue de 2 centimètres environ ; à son extrémité inférieure, elle descend assez loin au dessous du pli fessier ; ses limites, en avant, dépassent le bord antérieur de l'os iliaque, dans une étendue d'environ 2 centimètres ; pas d'altération de la peau. La tumeur donne une fluctuation très évidente. La fluctuation paraît superficielle ; cependant, lorsqu'on commande l'exécution des mouvements propres à faire contracter le muscle fascia lata, il est facile de reconnaître que la tumeur est recouverte par ce muscle et par son aponévrose. La partie malade n'est douloureuse au toucher que dans un point correspondant au bord supérieur du grand trochanter, point sur lequel une pression forte cause de la douleur.

L'enveloppe qui renferme le liquide présente une résistance plus marquée vers sa moitié postérieure.

Après avoir étudié, à plusieurs reprises, les caractères de cette vaste collection, et tout en reconnaissant qu'elle occupait le siège ordinaire de la bourse séreuse trochantérienne sous-aponévrotique, je pensai qu'à raison de son volume considérable et de la sensation douloureuse qu'on développait par la pression sur un seul des points du grand trochanter, il y avait lieu de diagnostiquer un abcès dépendant d'une carie ou d'une nécrose circonscrite.

Ouvrir une collection aussi vaste sans en avoir préalablement réduit les dimensions par des évacuations graduelles,

c'était aller au devant de tous les dangers qui accompagnent la mise à découvert de grandes surfaces sereuses, c'est-à-dire les suppurations abondantes, la fièvre, les accidents colliquatifs ou les réactions viscérales qu'on observe en pareil cas. Abandonner la tumeur à elle-même et à l'accroissement incessant qu'elle présentait n'était pas proposable; je résolus de vider par la ponction la tumeur aussi complètement que possible et d'y injecter de l'iode.

Je fis une ponction avec un trois-quarts à hydrocèle d'un bon volume. Quel fut notre étonnement lorsque nous vîmes que la canule, tout en se mouvant avec facilité dans tous les sens, à l'intérieur de la cavité, ce qui annonçait la présence d'un liquide, ne donna issue à aucun corps ni sérosité, ni pus, ni même une goutte de sang ! La première idée qui se présenta fut qu'un grumeau oblitérait l'extrémité de la canule; mais l'introduction réitérée d'un stylet enfoncé de toute sa longueur, c'est-à-dire de manière à refouler à une bonne distance les corps qui pouvaient obstruer l'orifice de la canule, ne donna pas un résultat plus satisfaisant.

Enfin, après des tentatives nombreuses, on vit qu'il fallait renoncer à l'espoir d'obtenir l'évacuation du liquide par le secours de la canule. Que restait-il alors à faire? une incision. Petite, elle n'eût permis qu'une issue très incomplète du liquide et l'on sait ce qu'il advient des vastes collections purulentes quand elles ne se vident que d'une manière incomplète : les matières qui y stagnent sont prises de décomposition et ne tardent pas à entraîner la perte des malades. Je pris le parti d'ouvrir largement la collection, d'en enduire toute la surface interne avec de la teinture d'iode, et de tenter une réunion par première intention, de manière à nous retrouver, autant que possible, dans les mêmes conditions que si la tumeur n'eût été que ponctionnée et injectée.

Une fois l'incision faite, il s'écoula environ *un litre de pus fétide* et grumeleux, mélangé d'une foule de *pseudo-membranes flottantes* dont la présence expliquait l'impossibilité qu'on avait trouvée à faire sortir du liquide par la canule du trois-quarts. Ces franges pseudo-membraneuses étaient épaisses, granulées et occupaient l'intérieur de la poche, soit en en tapissant les parois, soit en flottant au milieu du liquide purulent. L'intérieur de la cavité était anfractueux, cloisonné par des brides, et laissant apparaître sur sa face interne le moule du grand trochanter et des muscles, comme sur l'écorché des sculpteurs. *Il n'y avait cependant ni dénudation d'aucune partie, ni altération osseuse quelconque*, en sorte que, bien évidemment, la poche n'était autre chose que le développement exagéré de la bourse sous-aponévrotique trochantérienne. Les inégalités sinueuses que produisait, à l'intérieur de la poche, le relief des organes qui couvraient sa paroi profonde étaient assurément une condition défavorable au projet d'une adhésion cicatricielle immédiate; mais, en présence de ce vaste foyer qui, pansé à plat ou bourré de charpie, allait devenir une surface suppurante d'une étendue considérable, et entraînait tous les dangers observés en pareil cas, je pensai qu'il était préférable, pour mon malade, de lui faire courir les chances d'une réunion douteuse plutôt que de l'exposer d'emblée aux inconvénients dont nous venons de parler. Je fis donc pratiquer à l'intérieur de la poche des injections abondantes; après, des pinceaux imbibés de teinture d'iode furent promenés sur tous les points de la surface intérieure de la cavité. Nous avons dit que, quand on palpait la tumeur, on trouvait qu'un des points de l'enveloppe présentait une consistance plus prononcée; cela tenait à la présence d'une fausse membrane partielle très épaisse et comme cartilagineuse.

Le mode de réunion consista dans l'application de sept à huit épingles portant suture entortillée, le tout recouvert par un linge troué et cératé, charpie, compresses et bandes; immobilité complète.

Le 27, peu de sommeil cette nuit, mais très peu de douleur; pouls naturel.

Le 29, très bien; on ne touche pas au pansement. Au soir, le pouls prend de la fréquence.

Le 30, insomnie; pas de douleur à la cuisse. Pansement.

Le 31, la veille au soir, le malade a eu un peu de fièvre; langue sèche, soif vive, pouls à 96°, chaleur à la peau. On palpe la cuisse à travers l'appareil; rien d'anormal.

Le 1^{er} août, pouls à 120, peau brûlante, langue sèche, soif vive, un peu d'agitation pendant la nuit, tuméfaction et douleur à la cuisse, rougeur à la partie externe de la cuisse et de la jambe gauche, depuis le cou-de-pied jusqu'à la région iliaque. Le pansement est immédiatement enlevé. La plaie, réunie par les aiguilles, présente une adhésion en apparence complète; on parvient cependant à en décoller les deux lèvres et alors il s'échappe une assez grande quantité de pus sanieux et infect. Cataplasmes.

Le 2, langue sèche, prostration très marquée; la suppuration est toujours abondante.

Le 3, il semble qu'il y ait un peu d'amélioration dans l'état général, mais le pouls est toujours très fréquent; la cuisse et la jambe sont douloureuses.

Le 4, il y a eu du délire pendant la nuit. Langue sèche et fuligineuse, soif très vive, pouls faible, très fréquent. Je pratique au côté externe du membre deux larges incisions qui donnent issue à de la sérosité partie lactescente, partie sanguinolente.

Le 5, prostration encore plus marquée, rougeur érysipéla-

teuse qui a envahi la partie interne du membre. Deux nouvelles incisions sont pratiquées; l'une à la partie interne de la cuisse, l'autre à la partie externe de la jambe; écoulement de pus sanieux et incomplètement formé.

Le 6. mort à cinq heures du matin.

Autopsie. — Tous les organes ont été examinés; ceux de la poitrine n'ont offert aucune altération.

Abdomen. — L'intestin grêle présentait de petits foyers hémorrhagiques disséminés dans toute sa longueur: dans le cœcum ils étaient plus nombreux et avaient plus de volume; les plus petits avaient la grosseur d'une tête d'épingle, les plus gros celui d'une lentille.

L'examen attentif des parois de l'abcès fit reconnaître l'exactitude de ce qui avait été avancé pendant la vie du malade, sur l'absence complète d'altération osseuse. Le trochanter et les parties adjacentes étaient isolés du foyer purulent par des tissus sains; tous les muscles de la jambe et de la cuisse étaient infiltrés de pus. Dans l'épaisseur des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux, on apercevait des traînées purulentes ainsi que dans les muscles jumeaux.

Le tissu cellulaire, à l'extérieur de l'aponévrose, était moins infiltré de pus que le tissu cellulaire sous-aponévrotique; il était sphacélé dans plusieurs points.

Au milieu du pus, flottaient des lambeaux putrides et gangréneux.

Les incisions, quoique profondes, n'avaient pas atteint l'aponévrose d'enveloppe.

L'altération ne remontait pas au dessus de l'os iliaque.

OBSERVATION XIV

Contusion du grand trochanter dans une chute d'un lieu élevé ; Inflammation sous-cutanée ; Epanchement sous-aponévrotique ; Traitement antiphlogistique très actif ; Résolution de l'inflammation ; Résorption de l'épanchement. —
(Chassaignac, *Archives générales de médecine*, 1853, t. I.)
Barbier Charles, 56 ans, journalier, entre le 9 juin 1849 à l'hôpital Saint Antoine.

Le malade raconte que le 7 juin, au moment où il montait dans un grenier, il a fait une chute d'une grande hauteur, chute dans laquelle il est tombé d'abord sur la plante des pieds pour retomber ensuite sur le côté droit. Malgré cette double chute et la douleur qu'il en éprouva dans la région de la hanche, il parcourut à pied un assez long trajet, non sans éprouver beaucoup de gêne dans la région frappée. Il se coucha et le lendemain fut dans l'impossibilité de marcher, ce qui le retint au lit toute la journée. Le lendemain il entra à l'hôpital.

On trouve alors dans la région du grand trochanter droit une forte contusion donnant lieu à un gonflement considérable et diffus mais dont la limite inférieure est marquée par une espèce de coupe oblique dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, correspondant à deux travers de doigt au dessous de la saillie du grand trochanter.

En haut, la tuméfaction est beaucoup moins exactement lisse et se présente non plus seulement avec les caractères d'une collection fluctuante, comme celle qui existe au niveau du grand trochanter, mais avec un empâtement analogue à celui du phlegmon.

Le premier jour 40 sangsues, le lendemain, 8 juin, nouvelle application de 40 sangsues ; le 9, 20 sangsues.

Cette médication énergique paraissait nécessitée par l'imminence d'une suppuration qui aurait pu entraîner un vaste phlegmon accompagné de décollement de la peau.

Dès le 10 juin, la tuméfaction oedémateuse avait presque complètement disparu quoiqu'on sentit encore de la manière la plus distincte, cette fluctuation *sous enveloppes épaisses*, que l'on trouve toujours dans les collections de la bourse séreuse sous-aponévrotique trochantérienne.

Un autre caractère de ces collections qui peut aider à les distinguer de celles qui ont lieu dans la bourse sous-cutanée de la même région, c'est la forme longitudinale de l'épanchement qui représente une espèce d'ellipse dont le grand diamètre est parallèle à la direction du fémur.

J'ai remarqué que dans le cas où la collection a pour siège la bourse sous-cutanée, au lieu de représenter une ellipse assez étroite, elle se rapproche de la forme d'une circonférence légèrement ovalaire. Les signes à l'aide desquels on peut discerner si la collection à laquelle on a affaire est sous-cutanée ou sous-aponévrotique influent sur la marche du traitement.

La collection est-elle sous-cutanée ? Si on juge à propos de l'ouvrir, il faut l'ouvrir de bonne heure au moyen d'une incision peu profonde et peu étendue en longueur. En agissant avec promptitude, on prévient la diffusion du pus dans toute la partie externe de la cuisse, par suite du peu de résistance de la bourse séreuse sous-cutanée.

La collection, au contraire, est-elle sous-aponévrotique : on peut, à raison des ligues puissantes qui la contiennent, ouvrir plus tardivement, sans danger ; mais quand on se décide à cette opération, l'incision doit être profonde, elle

doit avoir toute la longueur de la collection elle-même, et il convient de remplir de charpie le foyer qui a été ouvert, afin de modifier la nature de la surface et de faciliter l'adhésion de ses parois, après suppuration.

Le 17 juin, mieux sensible ; la malade se lève.

Le 19, l'épanchement est complètement résorbé ; pas la moindre trace de fluctuation ni d'empâtement, la peau semble comme étroitement collée contre le grand trochanter.

OBTERVATION XV

*Hygroma suppuré de la bourse trochantérienne profonde ;
Phlegmon localisé ; Erysipèle ; Mort. — (Hervey de Che-
goïn, Bulletin de la Société de chirurgie, 1863.)*

Une jeune femme de 23 ans, d'une bonne santé et d'une fraîcheur remarquable, enceinte de six mois, fait une chute sur la hanche vers la fin du mois de juin dernier, n'éprouve qu'une douleur passagère, revient de la Suisse à Paris sans accident et accouche heureusement à la fin d'octobre, nourrit son enfant, mais est obligée de suspendre son allaitement à la fin de novembre.

Le 8 décembre, après une course assez fatigante, elle éprouve dans la hanche, qui avait été le siège d'une contusion et d'une ecchymose, une douleur qui l'oblige à garder le repos, et qui devient si vive les jours suivants qu'elle fut considérée comme une névralgie sciatique. Les calmants et les injections sous-cutanées d'atropine furent impuissants contre cette douleur.

Le 3 janvier, quand je vis la malade pour la première fois, je reconnus un abcès profond et déjà d'une grande étendue

(6 ou 7 pouces au moins.) Il n'y avait point de douleur dans la région interne et antérieure de l'articulation coxo-fémorale, mais la pression sur le grand trochanter était douloureuse. Le membre avait sa longueur et sa direction naturelle, les mouvements étaient pénibles et ne permirent pas d'essayer complètement la flexion de la cuisse sur le bassin. Les cataplasmes émollients et les onctions calmantes procurèrent un grand allègement. La fluctuation devenait de plus en plus apparente.

Je retardai l'ouverture de l'abcès, parce que j'étais incertain sur le point de départ, quoique j'inclinasse à le considérer comme le résultat de la contusion, et, par conséquent, comme en dehors de l'articulation, malgré la distance entre la cause et l'effet, et son apparition trop prompte pour l'attribuer à une coxalgie suppurée.

A cette époque, le membre qui jusque-là avait conservé sa direction naturelle, s'inclina fortement dans l'adduction et les tentatives pour le ramener dans le sens opposé étaient très douloureuses. C'est à cet instant, au commencement de ce mois (février 1865), que les parents désirèrent l'avis de M. Nélaton. Incertain, comme moi, sur le point de départ de l'abcès, il proposa, comme je l'avais déjà proposé moi-même, de mettre le membre dans l'appareil de M. Bonnet, de Lyon.

La malade fut chloroformée et n'éprouva aucune douleur ni pendant cette réduction ni après. Elle eut seulement une grande excitation consécutive, marquée par une loquacité qu'on avait peine à tempérer. Une ponction étroite et oblique, dont la malade ne s'aperçut pas, fut faite à la partie inférieure de l'abcès qui s'étendait alors jusqu'à la moitié de la cuisse. Il en sortit un pus abondant et phlegmoneux. Aucun accident ne se manifesta pendant les trois jours suivants. Seulement la malade était agitée, dormait mal et avait quelques

troubles dans les idées. Son appétit qui s'était conservé, était presque perdu.

A la fin du troisième jour, le pouls, très petit, avait une fréquence de 144 pulsations. On faisait, dans le foyer purulent, des injections légèrement alcooliques. Le pus, moins lié, avait peu d'odeur.

Le quatrième jour, on aperçut un érysipèle qui, vers le sixième jour, s'était élevé jusqu'à la partie supérieure de la hanche.

Le délire était continu, les forces s'affaissaient de plus en plus, malgré de bons bouillons et quelques potages, de l'eau vineuse, du quinquina, de l'eau chlorurée, dans la crainte d'une infection putride. La mort arriva le dixième jour après l'application de l'appareil et l'ouverture de l'abcès.

L'examen des parties malades eut lieu trente heures après le décès. Il s'était déjà écoulé, dans les mouvements imprimés au corps pour l'ensevelir, une grande quantité de sang noir, demi-fluide, et avec une odeur putride peu marquée. Cependant une longue incision, de bas en haut, jusqu'au dessous du grand trochanter, mit à nu un foyer purulent qui n'avait rien de particulier, mais qui, à sa partie supérieure, communiquait, par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt, avec un autre foyer d'aspect bien différent. Il offrait une couleur noire, embrassait toute la circonférence du trochanter, avec altération du périoste.

Après avoir mis à sec ce foyer avec une éponge, l'articulation fut ouverte à sa partie externe et la tête du fémur luxée par un mouvement forcé d'adduction. Cette articulation ne contenait aucune trace de suppuration. La membrane synoviale qui recouvre la tête de l'os offrait, à la partie externe de sa circonférence, une teinte rosée qu'elle n'a pas dans l'état sain. Celle de la cavité cotyloïde avait sa couleur naturelle,

seulement elle offrait plus d'épaisseur près l'attache du ligament rond.

OBSERVATION XVI

Concrétions fibrineuses, résultant d'une hématocele dans la bourse muqueuse du grand trochanter, simulant une carie du grand trochanter. — (Robert, Clinique chirurgicale, 1860.)

Femme, 30 ans, d'une *constitution lymphatique*, qui éprouva, quatre mois avant d'entrer à l'hôpital, sans contusion, sans chute et sans aucune cause occasionnelle une douleur profonde dans la hanche, s'irradiant au genou et rendant la marche très pénible.

Les douleurs augmentèrent ; il s'est formé, à la partie supérieure et externe de la cuisse, un abcès qui a été ouvert et est devenu fistuleux.

Quand cette femme vint à l'hôpital, on constata un peu de gonflement de la cuisse. Au niveau du grand trochanter, la pression détermine de la douleur et fait sourdre, par l'orifice fistuleux, un peu de pus sanieux.

D'où venait cette suppuration ? Quel était le siège de la maladie ? L'articulation coxo-fémorale est parfaitement saine, tous les mouvements dont elle est susceptible s'accomplissent librement, ils ne provoquent point de douleurs et ne donnent lieu à aucune sensation de frottement, de crépitation.

On pensa donc à une altération du grand trochanter ; en effet, cette partie du fémur, composée en grande partie de tissu spongieux, est souvent le siège de maladies inflammatoires : ostéite, carie, lésions qui sont très compatibles avec la constitution lymphatique de la malade, et l'influence du

froid humide auquel elle était constamment exposée. (Le bureau sur lequel elle travaillait étant placé sur une trappe conduisant à la cave).

Un stylet fut introduit par la fistule, ce qui fit découvrir une cavité qui n'était autre que la bourse muqueuse du grand fessier ; cherchant dans cette bourse muqueuse à rencontrer l'apophyse, le chirurgien trouva une surface rugueuse, inégale, dure, présentant une sorte de crépitation fine qui ressemblait à celle de la carie. Dans d'autres points, le stylet pénétrait à une certaine profondeur, comme cela se voit dans les os ramollis par la suppuration. A ces différents symptômes, qui n'eût pensé à une carie du grand trochanter ?

En conséquence, la malade ayant été soumise au chloroforme, Robert incisa largement la plaie, l'aponévrose et la bourse muqueuse, ce qui permit un accès facile sur la surface de l'os ; cherchant alors avec le doigt à constater l'état du grand trochanter, il trouva dans la cavité muqueuse une concrétion très dure, comme ligneuse ; il put en amener deux fragments assez considérables et une grande quantité d'autres plus petits, puis introduisant de nouveau le doigt, il sentit l'os parfaitement sain.

M. Robin, qui a bien voulu examiner ces productions au microscope, a vu qu'elles étaient composées de fibrine associée à des globules de pus.

Que s'était-il passé dans cette bourse muqueuse ? Il y a eu un épanchement de sang dont la partie liquide s'est résorbée, tandis que la fibrine s'est concrétée et a acquis une dureté considérable.

Toutes ces circonstances rendaient le diagnostic difficile. La suppuration sanieuse, les trajets fistuleux conduisant le stylet sur une surface dure et rugueuse donnaient lieu de supposer une carie du grand trochanter. En tout cas, l'erreur

de diagnostic ne fut nullement préjudiciable à la malade, car la résorption de ces plaques fibrineuses était complètement impossible et leur présence entretenait la suppuration de la bourse muqueuse.

La cavité fut remplie de charpie et, au bout de quelques jours, sous l'influence de cette excitation, des bourgeons charnus de bonne nature ont commencé à se produire ; quelques injections d'iode furent faites, et la malade fut bientôt en état de sortir, portant seulement une cicatrice déprimée.

OBSERVATION XVII

Abcès de la bourse séreuse du grand trochanter simulant la coxalgie.

(1) PREMIER CAS du docteur Pridgin Teale, recueilli par M. Enoch Snell. — (*The Lancet*, 8 octobre 1870.)

Patsey F..., âgé de 12 ans, ouvrier mineur; appartenant à une famille saine, ayant joui lui-même d'une bonne santé, jusqu'à trois mois avant son entrée à l'hôpital où il fut admis le 2 octobre 1868, souffrait en apparence d'une affection de la hanche.

Pendant qu'il était à se baigner tout nu, il s'amusa à courir le long d'une pièce de bois et, en glissant, il vint heurter de tout son poids contre l'extrémité de cette pièce; le choc porta sur le grand trochanter. Il donna lieu à une forte douleur, qui disparut bientôt, ce qui lui permit de regagner lentement et en boitant, sa maison, où il resta

(1) Les six observations suivantes ont été traduites par Foix et publiées dans les *Archives générales de Médecine* de 1872.

pendant trois jours sans sortir. Après, quoi il reprit son travail.

Vers la fin du mois, la région du grand trochanter devint le siège d'une inflammation asthénique, qui se termina par suppuration; celle-ci existait encore lors de son admission à l'infirmerie de Leed.

Le 2 décembre, il est couché dans son lit, avec toutes les apparences de la coxalgie, la cuisse fléchie sur le bassin, et d'une manière si rigide que tout mouvement du membre entraîne le bassin. Il n'y avait pas de traces de mobilité dans la jointure, et lorsqu'on essayait de mouvoir le membre on déterminait des douleurs que le malade rapportait à la jointure et au grand trochanter. La fesse était atrophiée; au niveau du grand trochanter existait une plaie ulcérée de l'étendue d'un florin, et de laquelle partait un trajet fistuleux se dirigeant du côté de l'os. D'un autre côté, le malade pouvait supporter sans se plaindre soit une pression directe exercée au niveau de la jointure, soit l'ébranlement indirect déterminé par des chocs sur le genou et le talon. Il n'y avait pas de raccourcissement du membre, il n'y avait pas non plus de douleurs au genou. Ces caractères négatifs firent soupçonner à M. Teale que l'affection n'avait pas son siège dans l'articulation de la hanche, mais qu'il s'agissait probablement d'une carie ou d'une nécrose du grand trochanter. Il se décida en conséquence à soumettre le malade à l'influence du chloroforme dans le double but: 1° de s'assurer si la raideur apparente de l'articulation était ou non le résultat pur et simple de la résistance des muscles et 2° dans le cas où l'articulation serait trouvée saine, d'agrandir la plaie de manière à pouvoir constater l'état du grand trochanter.

Le 22, sous l'influence du chloroforme, la contraction des muscles cessa complètement, et l'on put librement commu-

niquer au fémur des mouvements dans tous les sens, sans affecter d'aucune manière le bassin et sans trouver trace de raideur ou de lésions articulaires. M. Teale agrandit alors la plaie, de manière à introduire le doigt, et trouva au lieu de carie osseuse, que l'affection était limitée à la bourse séreuse au moyen de laquelle le large tendon aplati du grand fessier glisse sur le grand trochanter. L'extrémité du tendon qui formait une forte bande comprimant les tissus malades fut largement divisée en travers, de manière à faire disparaître toute pression ou tension et les fausses membranes qui tapissaient la bourse séreuse furent détachées au moyen du doigt.

Le 23, le malade peut exécuter des mouvements dans l'articulation.

Le 27, il peut bien marcher. La plaie guérit avec rapidité.

Le 28, *excet.* Guérison complète cinq semaines après l'opération.

OBSERVATION XVIII

2^e cas recueilli par M. Drake.

Michel D.,, âgé de 22 ans. entra dans le service de M. Teale le 3 décembre 1869, comme atteint de coxalgie et enregistré comme tel sur les livres de l'hôpital. Il présentait du gonflement au niveau du grand trochanter, ce qui rendait difficile la délimitation du contour de cette tubérosité ; juste au dessous du grand trochanter existait une plaie de laquelle partait un trajet fistuleux, le long duquel une sonde pouvait être engagée à une distance considérable dans le côté de l'articulation de la hanche ; si bien que l'affection simulait une coxalgie. Cependant en poussant l'examen plus loin on trouvait que

les mouvements articulaires étaient parfaits et s'accomplissaient sans douleurs, quoique le malade eût de la difficulté à croiser une jambe sur l'autre.

Une forte pression sur le grand trochanter déterminait de la douleur, mais la percussion sur le genou et sur le talon restait sans résultat, il en était de même de la marche. Il n'y avait rien de défectueux dans la marche, pas de signe d'affection spinale.

Les antécédents jetaient dans ce cas un certain jour sur la nature de l'affection.

Le malade avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de neuf ans, époque à laquelle il eut la scarlatine, suivie d'une anasarque qui le retint chez lui pendant neuf mois.

Pendant cette maladie, sa mère en le levant un jour de son lit, *heurta sa hanche droite contre le dos d'une chaise*. A la suite de cet accident, la jointure (le trochanter), devint douloureuse et tuméfiée, et un vaste abcès se forma sur le côté externe de la cuisse ; l'abcès fut ouvert environ à deux pouces au dessous du grand trochanter et donna issue à une tasse de pus environ.

La plaie guérit alors rapidement et le malade put reprendre son travail et le continuer sans interruption pendant quatre ans.

Un second abcès se forma alors à la même région et s'ouvrit spontanément, il reprit son travail au bout de trois semaines. Depuis cette époque le même accident s'est reproduit chaque année.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, le même *processus* recommença encore et l'abcès s'ouvrit au bout de trois semaines ; depuis cette époque, il donne issue à un liquide épais et sanieux.

M. Teale, après avoir examiné le malade, déclara que l'ar-

tication de la hanche était saine, qu'il n'y avait pas de signes d'une affection spinale; et enfin que l'affection avait sa source dans la suppuration de la bourse séreuse, située entre le tendon du grand fessier et le grand trochanter.

11 décembre, M. Teale agrandit l'ouverture de manière à pouvoir introduire le doigt et explorer l'intérieur de la cavité. Il trouva une cavité s'étendant en haut et en bas de deux pouces environ, coupée verticalement par l'extrémité du tendon du grand fessier, au dessous duquel se prolongeait la cavité.

Après avoir agrandi l'ouverture, il divisa transversalement l'aponévrose du grand fessier et délivra ainsi le trochanter et la bourse séreuse malade de la pression continue et du frottement qu'exerçait auparavant sur elle le muscle fessier. On ne put pas découvrir de fistule partant de la cavité ainsi ouverte.

La plaie guérit sans encombre et le malade fut renvoyé le 24 janvier, un peu plus de six semaines après l'opération.

OBSERVATION XIX

3^e cas de M. Pridgin Teale.

William A..., âgé de 17 ans, de Stockton-on-Ties, entré le 7 août 1869, portait une vaste tumeur fluctuante, s'étendant au tiers supérieur du côté externe de la cuisse droite et sur laquelle il donna les renseignements suivants : sept ans auparavant il reçut un coup sur la partie malade, c'est-à-dire sur le grand trochanter; à la suite de ce coup, survint un gonflement qui atteignit une étendue considérable, et disparut au bout d'un mois sous l'influence de nombreux vésicatoires. Trois mois plus tard, le gonflement reparut et ceda encore

au traitement qui dura alors six mois. Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, le gonflement reparut une troisième fois et augmenta beaucoup plus rapidement qu'il ne l'avait fait jusqu'alors, sans fièvre, s'accompagnant d'une douleur sourde.

A l'examen on trouvait une tumeur fluctuante de sept pouces de long environ sur quatre de large, située au tiers supérieur et sur le côté externe de la cuisse droite.

9 août, une pinte de pus fut retirée au moyen du trocart. (La pinte anglaise égale un demi-litre environ).

Le 18, nouvelle ponction : issue d'une demi-pinte de pus.

4 septembre, l'abcès est largement ouvert par une incision; issue d'une pinte de pus; pansement à l'acide carbolique (phénique).

9 décembre, *exeat*, l'écoulement a cessé, la plaie est presque guérie.

Septembre 1870, sa santé s'est parfaitement maintenue depuis l'opération. Il était boiteux et incapable de marcher depuis un mois environ avant son admission à l'hôpital.

OBSERVATION XX

Cas d'Edouard Wials, *M. R. S. C., etc.*

Mary Anne S..., âgée de 18 ans, femme d'un ouvrier, d'une santé délicate, fut admise au traitement extérieur de *Poplas Hospital*, le 4 juin 1871; elle se plaignait d'un peu de douleur dans la hanche gauche et surtout d'un écoulement abondant par une ouverture située dans la même région.

Elle se souvenait vaguement d'avoir fait une chute sur cette hanche environ un an auparavant. Deux mois après, elle s'était aperçue d'un gonflement vers le grand trochanter. Ce gonflement persistait et était allé en augmentant pendant sept

mois environ, lorsque, trois mois avant de se présenter à mon observation, la tumeur s'ouvrit par une ulcération à sa partie inférieure, et donna issue à une grande quantité d'un liquide, qui continua à s'écouler par l'ouverture jusqu'à la date de son admission, mais en quantité variable, suffisante parfois pour mouiller plusieurs serviettes dans la journée. Cela ne l'avait jamais empêchée de marcher ni de s'occuper de son ménage ; elle n'avait jamais beaucoup souffert, mais elle se plaignait fort des désagréments d'un écoulement aussi abondant.

A l'examen, on trouvait une tumeur, étendue du bord supérieur du grand trochanter, sur la face externe de la cuisse, jusqu'à 7 pouces environ plus bas et mesurant 3 ou 4 pouces de largeur. A son bord inférieur se trouvait l'orifice d'un trajet fistuleux, ressemblant fort à ceux qu'on voit dans les cas de lésions osseuses ou articulaires. Le membre pouvait être porté dans toutes les directions sans douleur. Jugeant que les commémoratifs et les signes extérieurs de l'affection indiquaient plutôt une tumeur de la bourse séreuse qu'une affection articulaire, j'explorai le trajet fistuleux avec une longue sonde, qui pénétra en haut à une distance de 7 pouces (la longueur de la tumeur) et resta très mobile, preuve évidente qu'elle était dans une large cavité. A sa sortie, il s'écoula une certaine quantité d'un liquide semblable à de la synovie. Un tube à drainage fut passé à travers la tumeur par l'orifice inférieur et vint sortir par une ouverture pratiquée à la partie supérieure. Il s'écoula environ 10 onces d'un liquide couleur jaune pâle, un peu visqueux, non purulent.

Une compresse fut placée sur la tumeur et la malade se retira. Il arriva malheureusement qu'un érysipèle de la face, survenu deux ou trois jours après, vint compliquer la chose

et le tube fut retiré une semaine après son introduction ; il s'était établi à peine une légère suppuration. On ne s'occupa plus de la hanche. Trois semaines après, la tumeur avait disparu, la fistule et la plaie étaient guéries, et la bourse séreuse probablement oblitérée. La malade est maintenant parfaitement bien.

OBSERVATION XXI

PREMIER CAS de Robert Macnah. — (*The Lancet*,
12 novembre 1870.)

G. S..., garçon, un peu strumeux, âgé de 16 ans, né dans l'Inde, fils d'un officier de l'armée de l'Inde. Au mois de mars dernier, en s'amusant à une balançoire avec ses frères, il fut violemment heurté à la hanche gauche par l'extrémité de la planche sur laquelle il s'était balancé. Le lendemain matin, il se plaignit d'une douleur au niveau de la partie contuse, et je fus appelé pour le voir. Je trouvai la hanche gauche légèrement gonflée au niveau du grand trochanter, chaude et douloureuse à la pression ; la marche déterminait de la douleur ; pas de troubles généraux. Je prescrivis le repos et des fomentations. Ce traitement fut continué pendant une semaine, sans autre résultat que la diminution de la douleur ; le gonflement de la région trochantérienne semblait plutôt avoir augmenté, il s'étendait plus loin en bas du côté de la cuisse, en devenant plus empâté au toucher. L'aîne aussi était devenue légèrement gonflée, et il y avait une certaine gêne dans l'articulation. — Prescription : repos complet dans la position horizontale, application d'une série de vésicatoires sur ou autour du grand trochanter. Le cautère actuel avait été refusé ; sirops de phosphate et d'iodure de fer et huile de

J.-B. Petit.

foie de morue à l'intérieur. Ce traitement fut suivi, au bout d'un mois, de l'application, sur toute la hanche, de teinture d'iode composée.

6 mai, ces moyens n'ont pas donné de bons résultats; à cette époque, l'affection simulait à un degré marqué la première période de la coxalgie; la cuisse était légèrement *fléchie sur le bassin*, le genou dans l'adduction, le membre inférieur, atteint d'une émaciation générale, présentait un allongement apparent marqué.

En comparant les deux hanches, on trouve que la convexité de la hanche gauche est aplatie; le grand trochanter, du même côté, est beaucoup plus saillant, plus arrondi et plus bas que celui du côté opposé. Impossible de peser sur le membre malade; à la moindre tentative dans ce sens, l'enfant accuse des douleurs, non pas dans la jointure, mais au grand trochanter et à la partie supérieure de la cuisse. Pas de douleur à la pression sur la tête du fémur, pas plus qu'en poussant brusquement le genou ou le talon du côté de l'articulation de la hanche.

Je redressai le membre avec l'aide du chloroforme, et j'appliquai une longue attelle; je ne fis pas d'extension; l'attelle fut maintenue dans sa position en plaçant son extrémité inférieure entre deux pièces de fer verticales, fixées à une large plaque horizontale.

1^{er} juillet, la santé générale du malade commence à s'affecter. L'attelle est retirée depuis une semaine, après être restée appliquée plus de six semaines. Pas d'amélioration appréciable. Le gonflement de la région trochantérienne n'a pas diminué. L'allongement apparent avec immobilité complète du membre sur le bassin persiste. Pas de douleur dans la jointure à la percussion du talon.

Prescription: séjour au bord de la mer, attelle épaisse en

cuir, ouverte au niveau du grand trochanter, appliquée avec soin avant le départ.

J'avoue que je pris alors l'affection, comme le fit du reste un autre médecin qui vit le malade avec moi, pour un cas bien marqué de coxalgie, qui aurait débuté par une inflammation périostique du grand trochanter se terminant par carie ou par nécrose ; et le mauvais état de la santé générale gravement atteinte m'inspirait sérieusement des doutes au sujet de la guérison définitive.

Le 12, je fus tout à coup appelé pour voir mon malade dont je n'avais pas eu de nouvelles depuis son départ. J'appris que l'attelle en cuir avait été retirée deux ou trois semaines après son arrivée, qu'il était arrivé graduellement à marcher avec des béquilles ; que trois jours avant ma visite, après une marche plus longue que d'ordinaire, la tumeur de la hanche était devenue tout à coup excessivement douloureuse, qu'elle avait rapidement augmenté d'étendue, et enfin qu'elle s'était ouverte, donnant issue à une grande quantité de pus.

A l'examen, je trouvai une ouverture circulaire du diamètre d'un schilling environ, à travers laquelle sortait des fongosités mollasses ; l'aspect de ces excroissances avait fort alarmé la mère qui m'avait fait appeler.

La sonde ne découvrit pas d'os carié, mais le doigt pouvait être introduit en bas de l'os jusque dans une cavité considérable, s'étendant autour du grand trochanter et s'enfonçant profondément en arrière du fémur.

On sentait distinctement dans la cavité le tendon du grand fessier. Je fus frappé d'une amélioration considérable de la santé générale du malade. Le membre affecté pouvait être déplacé librement sans déterminer la plus légère douleur ; et comme je demandai à l'enfant s'il pouvait marcher sans ses

béquilles, il s'en débarrassa immédiatement et se mit à marcher rapidement à travers le jardin, en boitant excessivement peu.

Prescriptions : injections d'acide phénique dans la cavité, trois fois par jour ; pansement de la plaie extérieure avec la même substance ; prolonger le séjour sur le bord de la mer.

10 octobre, j'ai vu le malade aujourd'hui ; il est revenu depuis une semaine. La plaie de la hanche a beaucoup diminué d'étendue, granulations saines, pas d'écoulement. Mouvements du membre parfaits ; il reste seulement une légère claudication dans la marche. Je lui conseillai de continuer un peu plus longtemps l'usage des béquilles.

OBSERVATION XXII

2^e CAS de Robert Macnah (*id-ibidem*).

Mis C..., cheveux blonds, teint clair, mariée, âgée de 22 ans, avait joui d'une bonne santé jusqu'à il y a six mois environ. A cette époque, *sans cause traumatique connue*, elle vint à souffrir d'une douleur intense à la hanche gauche, au niveau du grand trochanter. La douleur alla en augmentant et fut suivie au bout de peu de temps, d'un gonflement de la région. Elle consulta alors plusieurs chirurgiens, qui tous la déclarèrent atteinte d'une coxalgie à la première période. Quelques-uns lui prescrivirent le repos et les vésicatoires ; d'autres des sangsues et des fomentations. Ne retirant aucun bénéfice de ces traitements, elle sollicita son admission à l'hôpital, où elle fut reçue le 3 juillet.

A l'hôpital, les opinions furent partagées sur la nature exacte de la maladie : les uns se prononcèrent pour un abcès profond, provenant d'une périostite des environs du grand

trochanter ou de la partie supérieure du fémur, tandis que d'autres en faisaient un cas douteux de coxalgie. Pendant son séjour à l'hôpital, elle fut traitée par les révulsifs répétés et par les martiaux et l'huile de foie de morue à l'intérieur. Mécontente du peu de progrès de sa santé, elle sortit de l'hôpital sur sa demande et contre les vœux du chef de service, le 13 septembre.

Le 15 septembre, elle se présenta à mon observation. Je constatai les symptômes suivants : cuisse gauche légèrement fléchie sur le bassin, articulation de la hanche parfaitement immobile, la cuisse étant solidement maintenue par le malade et se mouvant avec le bassin, lorsqu'on lui demandait de se retourner dans son lit.

Sur le grand trochanter, et s'étendant à la totalité du tiers supérieur de la cuisse, existait une tuméfaction large, tendue, douloureuse, et d'une fluctuation obscure. Pas de douleur accusée en pressant les surfaces articulaires l'une contre l'autre. En soutenant la malade dans la situation debout, la hanche gauche paraissait aplatie, le grand trochanter du même côté était plus oblique et faisait plus de saillie que le droit ; allongement apparent du membre bien marqué, avec léger renversement du pied.

La malade accusait une douleur poignante lorsqu'on venait à placer les muscles fessiers et ceux de la partie supérieure de la cuisse en contraction, en d'autres termes, lorsque la malade essayait de reposer, quelque légèrement que ce fût sur le membre malade. La santé générale était profondément troublée, la malade n'avait pas de sommeil depuis plusieurs nuits ; langue sèche, dents couvertes de fuliginosités, pouls 130.

Le 18, convaincu par l'aspect général du sujet, par les antécédents, par plusieurs des symptômes précédents, et par

un cas pareil que j'avais vu récemment, que l'affection ne siégeait pas dans l'articulation de la hanche, je chloroformai la malade et je fis une incision longue de deux pouces environ, un peu au dessous du grand trochanter et au bas de l'os. Il s'en échappa une pinte et demie (trois quarts de litre environ) d'un pus de bonne qualité. L'opération est suivie d'un grand soulagement. Ni le doigt, ni la sonde, ne peuvent découvrir d'os carié, mais je pus sentir *une vaste cavité, située autour et en arrière du grand trochanter et s'enfonçant profondément en arrière du fémur*, jusqu'aux muscles adducteurs de la partie interne de la cuisse. Je ne découvris pas de lésion articulaire; la cuisse se laissait facilement mouvoir sur le bassin dans toutes les directions. La cavité de l'abcès fut lavée deux fois par jour avec une solution d'acide phénique; pansement à l'extérieur avec le même acide.

Le 22, amélioration; l'écoulement de la plaie est beaucoup moindre; l'induration autour du grand trochanter diminue.

11 octobre, trois semaines après l'opération. Depuis le 22 septembre, l'état de la malade s'est rapidement amélioré; elle se lève chaque jour et se promène dans le jardin avec l'aide d'une canne. Peu ou pas d'écoulement par la plaie, qui se rétrécit et présente de belles granulations.

OBSERVATION XXIII

Epanchement séreux dans la bourse trochantérienne du grand fessier. — (Nicaise, Thèse d'agrégation, 1869.)

V..., âgé de 55 ans, a eu autrefois des douleurs rhumatismales (décembre 1845). A la suite de fatigues et de refroidissements, il a été pris de douleurs à la fesse droite. Ces dou-

leurs reviennent par accès ; elles ne s'exaspèrent pas par la pression. Pas de tuméfaction, pas de claudication, mouvements de la cuisse assez faciles. A la fin de décembre, les douleurs étaient calmées, mais X... se fatigue de nouveau et, le 10 janvier, il se plaint de douleurs très vives, qui s'irradient de l'échancrure sciatique à la partie postérieure de la cuisse droite.

Au bout de quelques jours, les douleurs se montrent à gauche. Repos absolu, amélioration sensible.

Le 10 mars, le malade ne souffre plus ; il sort et marche assez longtemps ; la douleur reparait et s'irradie sous la cuisse droite.

Le 20 mars, on constate une tumeur au niveau du grand trochanter de la cuisse droite.

Peu douloureuse, assez bien circonscrite, cette tumeur paraît située sous le tendon d'insertion du grand fessier, fluctuation obscure, le liquide ne se déplace pas, elle est attribuée à un épanchement de la bourse séreuse ; ni allongement, ni raccourcissement. Mouvements faciles, pas de douleurs à la pression derrière le grand trochanter, ni sur le trajet des symphyces.

Repos au lit. Révulsifs. Un mois après le malade était complètement guéri.

OBSERVATION XXIV

Hygroma de la bourse trochantérienne profonde ; Ouverture spontanée ; Fistule. — (Thèse de Vacherie, 1872).

Marie B... est entrée à l'hôpital Beaujon dans le commencement du mois d'août.

Cette femme a été cantinière dans un des bataillons de la

garde nationale. Comme conséquence de sa profession, elle est restée longtemps exposée à l'action du froid, son comptoir étant disposé de telle façon que sa cuisse droite était constamment tournée du côté et tout près d'une porte qui s'ouvrait à chaque instant. En outre, la malade a présenté dans sa jeunesse des signes évidents de scrofule, croûtes dans les cheveux, maladies d'yeux, glandes cervicales.

Un mois environ avant son entrée à l'hôpital, elle s'est aperçue que la hanche droite devenait douloureuse et augmentait en volume ; elle *pouvait cependant marcher sans difficulté et même sans boiter*, mais peu à peu la tuméfaction a augmenté. Située à la hanche, elle s'étendait depuis deux travers de doigt environ de la crête iliaque jusqu'à deux travers de doigt au dessous du grand trochanter. Il y a dix jours, la tumeur s'est ouverte spontanément, donnant issue à une quantité assez abondante de matière sale ; depuis lors la plaie ne s'est plus refermée.

Etat actuel. — La malade, dont la santé générale est excellente, présente les symptômes suivants : claudication légère, difficulté à marcher. A un travers de doigt environ au dessous du grand trochanter droit, est un orifice fistuleux, rouge, un peu fongueux, environné d'un cercle rougeâtre et un peu œdématié de 3 centimètres environ. Par cet orifice s'écoule une petite quantité de pus mal lié. La région est à peine douloureuse à la pression.

Le stylet, introduit par la fistule, s'arrête d'abord dans une poche superficielle, dont les dimensions sont assez exactement indiquées par le cercle d'un rouge violacé dont il a été parlé. C'en est qu'en tâtonnant qu'on parvient à trouver, en avant et un peu en haut de cette première cavité, un second orifice qui, à travers l'aponévrose, conduit dans une vaste cavité, dans laquelle le bec de l'instrument se meut librement et peut

décrire des arcs étendus. On arrive ainsi sur la face externe du grand trochanter, d'où l'on peut facilement porter le stylet en arrière de cette éminence osseuse, du côté de la partie postérieure de la cuisse. La pression du doigt recherchant l'extrémité du stylet ne détermine que peu de douleur.

Les injections iodées à travers l'orifice externe restent sans résultat, si bien que la malade, voyant que tout cela « n'aboutit à rien », quitte l'hôpital vers le commencement de septembre.

OBSERVATION XXV

Nécrose du grand trochanter avec fistule, consécutive probablement à une suppuration de la bourse séreuse trochantérienne; Large incision; Guérison. — (Observation extraite d'une leçon de M. Duplay sur la péri-arthrite coxo-fémorale. — *Progrès médical*, n^{os} 34 et 35, 1874.)

B..., tailleur, entre dans le service de M. Duplay, salle Saint-Barnabé, n^o 36.

Il a l'habitude, pour travailler, de reposer plus spécialement sur la hanche et la fesse du côté gauche. Il y a vingt ans, la région trochantérienne de ce côté devint douloureuse, fut le siège d'inflammation, de rougeur, d'empâtement. Plusieurs abcès se formèrent; ils s'ouvrirent spontanément; les uns guérirent complètement, les autres restèrent fistuleux et donnèrent issue, d'après le dire du malade, à deux ou trois sequestres osseux en forme d'aiguille. Enfin, ces fistules disparurent à leur tour. Mais le malade reprit sa profession et, avec elle, son invariable posture.

Tout alla bien jusqu'à 1876-71. Il eut alors beaucoup à souffrir des privations et de la misère; sous l'influence d'un mau-

vais état général, le traumatisme permanent que subissait la région trochantérienne y engendra de nouveau des abcès et des fistules nombreuses. Au bout de deux ans, voyant qu'elles ne tarissaient pas et qu'il souffrait davantage, il se décida à entrer à l'hôpital. Jusqu'à cette époque, il n'avait subi aucun traitement sérieux.

Lorsqu'on l'examine attentivement, on constate une difformité assez accusée de la région de la hanche, qui est aplatie, sillonnée de cicatrices et d'ouvertures fistuleuses. Des cicatrices, les unes sont superficielles, les autres profondes et adhérentes aux tissus sous-jacents. Il y a trois fistules principales. L'une supérieure, située en dehors du grand trochanter, le contourne et se perd sous les muscles fessiers; l'autre répond entièrement à la partie moyenne du grand trochanter; un stylet, introduit perpendiculairement, vient heurter l'os, contre lequel il rend un son sec et caractéristique; la troisième fistule, située plus bas que les deux premières, se perd dans les muscles de la région postérieure de la cuisse.

Il éprouve au niveau du genou une douleur plus vive que partout ailleurs, tandis qu'à la hanche il ressent uniquement de la gêne dans les mouvements. La claudication est aussi très prononcée; dans la marche, le malade transporte le membre gauche en avant du membre droit par un mouvement latéral du bassin; l'articulation coxale gauche est immobilisée par la contracture des muscles. Lorsqu'on examine le sujet debout, en se plaçant derrière lui, on constate un aplatissement de la hanche très prononcé; le pli fessier est abaissé. Il maintient sa cuisse à demi fléchie sur le bassin dans la rotation en dehors et dans l'abduction. Le membre malade paraît, à la vue, allongé de deux ou trois travers de doigt. Mais, en prenant les précautions habituelles, on reconnaît qu'il est égal tout au plus à celui du côté opposé; il paraît

même y avoir un raccourcissement réel d'un centimètre. Si l'on examine le malade dans son lit, on constate une ensellure dans la région lombaire; on peut facilement passer la main sous les reins du malade lorsqu'il repose sur le plan horizontal formé par le lit. Si on élève le membre malade, le bassin vient s'appliquer contre le lit et l'ensellure disparaît.

L'articulation coxo-fémorale est immobile. Lorsque le malade est debout, on voit, en suivant la ligne dessinée par les apophyses épineuses du rachis, que celle-ci forme une courbe à convexité gauche à la région lombaire; que la convexité est à droite à la région dorsale. Ce sont là des courbures de compensation.

Lorsqu'on saisit la cuisse du malade entre ses deux mains et qu'on imprime un mouvement brusque au fémur, de manière à produire un choc de la tête contre la cavité cotyloïde, le malade n'accuse pas de douleur au niveau de l'articulation. En prenant certaines précautions, on peut fléchir, jusqu'à un certain point, la cuisse sur le bassin; on peut l'amener jusqu'à ce qu'elle fasse un angle de 45° avec le plan antérieur de l'abdomen; mais en exagérant ce mouvement, on provoque de vives douleurs.

M. Duplay diagnostique : *une nécrose du grand trochanter consécutive probablement à une suppuration de la bourse séreuse*; en effet, le malade étant endormi, les mouvements de l'articulation sont libres.

Une incision de près de 15 centimètres a mis à découvert la face externe du grand trochanter et les parties indurées. L'aponévrose du grand fessier, considérablement épaissie, a été coupée en travers. Le trochanter, dont la surface paraît nécrosée, a été évidée à l'aide d'un ciseau; enfin, deux drains passés à travers des fistules situées inférieurement, ont été ramenées dans la plaie.

Les suites de cette grave opération ont été des plus simples. Le grand trochanter s'est bien recouvert de bourgeons charnus et, dès le 20 février, la plaie était presque complètement guérie.

OBSERVATION XXVI

Suppuration chronique de la bourse séreuse trochantérienne gauche à la suite d'une plaie contuse. — (Thèse de Renou, 1874.)

Clément Théophile, maçon, âgé de 23 ans, entré le 29 janvier 1873 à l'hôpital Saint-Antoine.

Le 22 décembre, Clément fait une chute d'un cinquième étage sur un tas de briques.

Pas de fracture ni de luxation, mais à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, pénétration d'un fragment de brique, long d'au moins deux centimètres. Le corps étranger est retiré promptement, mais, depuis lors, persistance d'un orifice fistuleux à trois travers de doigt au dessous du grand trochanter sur la face externe de la cuisse.

Il est entré à Beaujon et y est resté à peu près un mois; au bout de ce temps on l'a renvoyé comme à peu près guéri. Mais la marche réveille les douleurs et le gonflement, et il entre à Saint-Antoine, dans le service de M. Duplay, le 29 janvier.

Le trajet fistuleux, dont nous avons déjà parlé, conduit assez facilement, dans une longueur de 10 centimètres, sur la face externe du grand trochanter jusqu'à sa limite supérieure. Un second trajet, plus superficiel, oblique en haut et en arrière, est annexé à l'unique orifice que l'on constate. Nulle part de dénudation osseuse.

Empâtement de toute la région trochantérienne, mais qui paraît laisser le squelette indépendant,

Dans l'aîne du même côté, on trouve les ganglions engorgés et douloureux.

Les mouvements de flexion paraissent entièrement libres et nullement douloureux ; l'adduction et l'abduction semblent moins libres, mais le malade contracte fortement ses muscles pelvi-trochantériens et adducteurs. Cependant, jusqu'à nouvel examen sous le chloroforme, on est fondé à admettre l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale. Quelques douleurs à la face antérieure de la cuisse dans la continuité du membre. En arrière, douleurs plus vives à l'émergence du sciatique, vers la tête du péroné et au tiers moyen de la jambe, à l'émergence de la branche cutanée péronière.

Le membre inférieur gauche est plus faible que l'autre et paraît quelque peu amaigri.

Diagnostic. — Inflammation chronique de la bourse séreuse du grand trochanter à la suite d'une plaie contuse.

31 janvier, large incision d'au moins 6 centimètres de long du trajet. On se trouve alors en présence d'un foyer cloisonné par des brides en loges séparées, à parois épaisses et au fond duquel on trouve la face externe du grand trochanter absolument saine et sans trace de dénudation.

13 février, jusqu'ici tout s'est passé avec une simplicité extraordinaire. Pas le moindre accident. Appétit et sommeil excellent. Température normale. Plus de douleur à la cuisse, un peu au genou.

Le 17, toujours douleurs névralgiques assez vives à la jambe. Etat local excellent. Etat général moins satisfaisant.

Le 24, l'incision se rétrécit rapidement. Cautérisation au nitrate d'argent.

3 mars, il ne reste plus qu'une petite plaie superficielle. Il est impossible d'y rien faire pénétrer.

Le 12, le malade part guéri pour Vincennes. Les douleurs persistent encore un peu dans le genou, mais elles ont beaucoup diminué. Le malade a eu, il y a dix-huit mois, un rhumatisme articulaire aigu. Déformation des articulations de la main gauche. Crépitation très accusée dans les articulations des genoux et surtout du côté gauche.

OBSERVATION XXVII

Hygroma séreux de la bourse trochantérienne du grand fessier; Ignipuncture; Guérison. — (Leçons de Clinique chirurgicale du docteur Péan, années 1875-1876.)

Madron, 26 ans, maréchal-ferrant, entre le 4 mai 1867, salle Saint-Augustin, lit n° 9.

Pas d'antécédents pathologiques : pas de traumatisme antérieur. Depuis dix-huit mois, le malade ressent de violentes douleurs dans la région trochantérienne gauche, qui rendent la marche et la station debout prolongée incertaines et douloureuses, bien que tous les mouvements du membre inférieur soient conservés. Aujourd'hui, la région trochantérienne est tuméfiée et déformée sur une étendue équivalente à la largeur de la main. Cette déformation contraste singulièrement avec la région correspondante du côté opposé. Pas de rougeur, pas de vascularisation ni de bosselures apparentes dans la peau, ni dans les couches sous-jacentes. L'aspect ne change pas, quand on fait exécuter les mouvements de la hanche. Quand on pratique la palpation, ce que le malade permet difficilement, on constate que la région trochanté-

rienne seule est le siège d'un empâtement profond et qu'elle est douloureuse ; c'est au niveau de la face externe que la douleur est à son summum.

On peut se demander si la tuméfaction et la douleur ont leur siège dans les muscles trochantériens, dans la bourse séreuse sous-jacente, ou même dans le grand trochanter. Les symptômes actuels éloignent l'idée d'une affection osseuse ; il est probable que depuis une année, cette affection se serait propagée par le diploë du col à l'articulation, tandis que celle-ci demeurerait intacte. Il y a plutôt lieu de supposer que la tumeur siège dans la bourse séreuse sous-musculaire. En effet, le malade étant entré antérieurement dans le service de M. Cruveilhier, ce chirurgien fait une ponction exploratrice, et retire une certaine quantité d'un liquide visqueux. Ce moyen n'ayant amené aucune amélioration, nous nous proposons de recourir à l'ignipuncture.

Au bout de huit jours, le malade marche plus facilement, il peut rester plus longtemps debout ; les pressions deviennent moins douloureuses. Lotions de teinture d'iode à l'extérieur, répétées chaque jour.

24 mai, les douleurs reparaissent avec une grande intensité. Ignipuncture.

Les jours suivants, les douleurs cessent complètement et dix jours après, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XXVIII

Abcès de la bourse trochantérienne profonde ; Injections caustiques ; Guérison. — (Thèse de Lullier, 1879).

Jean-Antoine M..., âgé de 18 ans, forgeron, reçut il y a dix ans un coup de pied à la partie supérieure et externe de

la cuisse droite ; le lendemain la cuisse était très douloureuse et le gonflement considérable ; *six jours après* le malade se présenta à la consultation de Bicêtre. Le chirurgien lui fit une ponction et il sortit, dit le malade, un litre et demi d'un liquide transparent, légèrement jaunâtre. L'ouverture du trocart guérit rapidement et après un séjour de quinze jours au lit, Morel put marcher et un mois après il ne ressentait plus rien, sauf *un peu de gêne dans la marche, qui ne disparut jamais entièrement*.

Pendant le siège de Paris, après une marche un peu longue, il ressentit une douleur vive, limitée à la hanche droite ; celle-ci se tuméfia, la peau rougit, il s'ouvrit un abcès contenant à peu près un demi-litre de pus, l'ouverture était située perpendiculairement au dessous du bord inférieur du grand trochanter à cinq centimètres environ de ce bord.

L'ouverture resta fistuleuse pendant six semaines environ, puis se referma lentement. La marche devint assez facile, mais le malade se fatiguait rapidement et ressentait de temps en temps des douleurs dans la cuisse.

En 1874, nouvel abcès qui s'ouvrit auprès du précédent. Morel entra à l'hôpital Cochin dans le service de M. Després. Cataplasme les premiers jours, puis quand l'inflammation eut disparu, pansement au diachylon ; la fistule donnait à peine quelques gouttes de pus chaque matin. Plusieurs badigeonnages avec la teinture d'iode.

Le malade resta à l'hôpital cinq mois environ, pendant ce temps, M. Després l'examina à plusieurs reprises, jamais la moindre parcelle d'os ne sortit par la fistule, le stylet permettait de constater la présence d'une cavité assez considérable remontant au dessous du tendon du grand fessier, jamais on ne put aller jusqu'au fémur et sentir l'os à nu.

La fistule n'était pas fermée quand il sortit de l'hôpital, il

revint plusieurs fois à la consultation : (Pansement au dyachylon recouvert de coton.) L'ouverture ne se ferma que deux mois après, la marche devint alors aisée et Morel put travailler de son métier de forgeron. De temps en temps, quelques douleurs à la hanche.

Le 15 octobre dernier, se trouvant sur un bateau-mouche, il resta exposé au froid et à la pluie pendant près d'une heure, il se coucha en rentrant et dès le lendemain sa hanche devint très douloureuse. Ces symptômes augmentant toujours, il entra le 21 octobre à l'hôpital Cochin. Le jour même, M. Després fit une ponction qui donna issue à une cuillerée à peine d'un mélange de pus, de sérosité, de sang et de fausses membranes.

Cataplasmes pendant les premiers jours. Quand l'inflammation eut complètement disparu ; injection avec : eau, 500 grammes, chlorure de zinc, 50 grammes. Le pus changea immédiatement de caractère, devint plus abondant et ne renferma plus de fausses membranes.

Ces injections furent répétées quatre fois, toutes les fois qu'on vit la suppuration tendre à se tarir et à devenir grumeleuse.

De temps en temps l'on touchait l'ouverture de la fistule avec une solution de chlorure de zinc saturée à chaud. Dès la première injection, il y eut une grande amélioration dans l'état local. La guérison marchait très régulièrement, quand vers la fin de décembre il eut une hémoptysie assez abondante. Pas de signes de tuberculose au sommet des poumons.

Au bout de cinq jours, l'hémoptysie s'arrêta complètement et ne revint plus.

Dans les premiers jours de janvier on laisse la fistule se refermer et en ce moment le malade est entièrement guéri.

OBSERVATION XXIX

Abcès profond de la région trochantérienne; Abcès de la bourse séreuse située sous le muscle grand fessier. — (Thèse de Mielly, 1879).

Julie T..., âgée de 26 ans, exerçant la profession de brunisseuse, entrée le 23 septembre 1874, salle Sainte-Marthe.

Cette femme qui a toujours joui d'une bonne santé, est accouchée à terme, il y a un mois, de son premier-né. Quinze jours après elle a commencé à éprouver des douleurs au niveau de la partie antéro-externe de la cuisse droite. C'est pour ces mêmes douleurs qu'elle entre dans notre service.

24 septembre, on constate aujourd'hui un gonflement considérable occupant la partie supérieure et externe de la cuisse droite. *Il n'y a rien dans l'articulation; les mouvements se font librement.* Il existe à peu près sur toute cette moitié externe de la cuisse une induration profonde, douloureuse à la pression, mais non spontanément, sans changement de couleur à la peau et sans chaleur. Il y a de l'œdème des membres inférieurs, mais plus marqué à droite qu'à gauche.

Cette femme se présente dans un état général peu satisfaisant. Elle est très pâle, elle a de l'anorexie, sa langue est blanchâtre, depuis ces derniers jours, ses selles sont diarrhéiques.

Sa température atteint 39° et son pouls donne 100 pulsations à la minute.

A l'auscultation du cœur, on trouve un bruit de souffle au premier temps et à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou.

Toutefois, elle n'a ni métrorrhagie, ni leucorrhée. Le traitement a consisté dans l'administration de 2 grammes de diascordium à l'intérieur et dans l'application d'un large vésicatoire *loco dolente*.

29 septembre, le gonflement est mieux limité et on constate une fluctuation profonde.

On fait alors une ponction exploratrice avec le bistouri et l'on voit sortir du pus de chaque côté de la lame de l'instrument. L'incision est aussitôt élargie et le doigt introduit dans la plaie tombe sur le grand trochanter. Le pus qui s'écoule par l'ouverture est odorant et bien lié. Un gros drain est introduit jusque dans le fond de la plaie et celle-ci est recouverte d'un cataplasme de farine de lin.

6 octobre, depuis quatre jours, la malade se plaint de douleurs dans le jarret et dans le mollet droit et aujourd'hui on constate un œdème considérable du membre inférieur.

11 octobre, l'œdème du membre inférieur a complètement disparu.

On fait dans la plaie des injections avec de la teinture d'iode étendue d'eau.

9 novembre, la malade sort aujourd'hui complètement guérie.

OBSERVATION XXX

Periarthrite coxo-fémorale suppurée. — (Thèse de Mielly, 1879.)

Marie-Louise T..., âgée de 42 ans, exerçant la profession de corsetière, entrée le 24 avril 1878, salle Sainte-Agnès.

On ne trouve rien à noter dans les antécédents de famille de cette femme. Elle a eu deux enfants. Le premier est mort

en très bas âge de convulsions ; le second, qui est âgé de 22 ans, est un garçon robuste et bien portant.

Cette femme, qui jouit d'une bonne santé habituellement, n'était nullement malade au moment de l'accident qui a précédé et causé la maladie actuelle.

Le début de son affection remonte à huit mois environ. A cette époque, elle fut heurtée à l'aîne par un timon de voiture et renversée par le choc qui la jeta sur l'angle d'un trottoir où elle se fit une violente contusion à la fesse gauche. Elle put cependant se relever et continuer à marcher sans souffrir beaucoup ; mais à partir de ce moment ou seulement quelques jours après (la malade ne peut préciser), elle ne marcha plus qu'en boitant légèrement.

Elle ressentait en même temps une légère douleur dans la fesse. Ces phénomènes allèrent en augmentant progressivement et, au bout de trois mois environ, elle se décida à se présenter à une consultation médicale et on lui prescrivit quelques frictions qui ne produisirent aucune amélioration.

Au mois de janvier de cette année, les douleurs étant devenues plus fortes que jamais, elle consulta un chirurgien qui, après examen, lui trouva, dit-elle, une névralgie sciatique et une rétroversion de l'utérus.

Malgré tout, son état ne faisait que s'aggraver, au point qu'au mois d'avril elle en était venue à ne plus pouvoir marcher qu'avec une chaise sur laquelle elle s'appuyait et qu'elle poussait devant elle en trainant sa jambe malade.

C'est à cette époque que, reçue d'abord dans un service de médecine, elle fut transportée ensuite dans celui de M. le docteur Cusco.

Les douleurs qu'elle éprouve au moindre mouvement l'ont rendue très pusillanime, et dès qu'on veut explorer les

régions de la hanche et de la fesse, elle pousse des cris et son visage prend l'expression d'une vive terreur.

Il n'y a pas de gonflement de la cuisse, mais les mouvements de la hanche sont très gênés et l'articulation coxo-fémorale paraît au premier abord absolument immobilisée, la cuisse et le bassin se mouvant ensemble dans l'articulation sacro-vertébrale. On ne trouve pas cependant les déviations ordinaires et la cambrure de la coxalgie. La seule déviation qui existe consiste dans un léger renversement du pied en dehors. De plus, si après avoir rassuré la malade et l'avoir engagée à ne point se raidir, on pratique de légers mouvements de flexion et d'extension de la cuisse sur le bassin, on voit que ces mouvements se passent dans l'articulation coxo-fémorale et qu'ils ne sont pas douloureux ; ce n'est que lorsqu'on dépasse cette limite que le bassin suit le fémur et qu'on détermine une vive douleur.

Malgré l'impotence à peu près complète du membre et les symptômes d'une affection de la hanche, il est donc probable que l'affection ne siège pas dans l'articulation elle-même. *Le siège de la douleur* est aussi en rapport avec cette hypothèse. Ce n'est pas en avant dans le triangle de Scarpa que la malade dit souffrir pendant les mouvements, mais bien dans la fesse ; et en effet la pression qui ne détermine pas de souffrance en avant, cause une vive douleur *vers le bord postérieur du grand trochanter*, en arrière de lui, au niveau de la fesse dont les muscles sont amaigris.

Cette localisation des points douloureux fait supposer la possibilité d'une sacro-coxalgie, et comme en tout cas les mouvements sont si pénibles, et la malade a tant de peine à exécuter dans son lit le moindre changement de position qu'il paraît utile d'immobiliser la jointure et M. Cusco fait appliquer un appareil plâtré comprenant le bassin et la cuisse.

L'immobilisation amène un soulagement notable. La malade peut être soulevée sans souffrir; elle n'est plus astreinte à se tenir aussi immobile dans son décubitus dorsal et elle supporte aussi très bien l'appareil pendant plus de six semaines.

Après ce laps de temps, eu égard à l'amélioration apparente qui s'est produite, on enlève l'appareil. Au point de vue fonctionnel on a gagné très peu de chose et la malade est toujours obligée de se tenir au lit.

1^{er} juillet, peu de temps après l'enlèvement de l'appareil, l'examen de la région nous montre de nouvelles particularités; c'est d'abord une *tuméfaction générale du haut de la cuisse*, contrastant avec un certain amaigrissement de la partie inférieure. A la palpation, on sent dans la *portion externe du triangle de Scarpa*, au lieu de la souplesse normale, une résistance diffuse et profonde et en un point très limité une légère fluctuation.

La pression est du reste toujours très peu douloureuse à ce niveau, tandis qu'au niveau du grand trochanter et en arrière de lui la moindre exploration arrache un cri à la malade.

Les mouvements spontanés sont impossibles; elle ne peut soulever le pied ni fléchir le genou dans lequel elle accuse aussi quelques douleurs. Mais, comme au début, si on soulève le membre et qu'avec de grandes précautions on cherche à provoquer de faibles oscillations du fémur sur le bassin, on y arrive évidemment sans déterminer de douleur; au delà de quelques degrés, le bassin suit l'impulsion et la malade se plaint.

Les signes que nous remarquons il y a quelque temps se sont accentués; la racine de la cuisse et la fesse sont augmentées de volume; le point très légèrement fluctuant l'est devenudavantage. Nous ne trouvons *pas de fluctuation en arrière*.

du grand trochanter mais c'est toujours là qu'existe la douleur.

Insistons sur les faits suivants, déjà indiqués, à savoir : que les petits mouvements provoqués se passent bien dans l'articulation du bassin avec la cuisse et que la percussion sur le talon n'est pas douloureuse, tandis que celle que l'on exerce sur le grand trochanter l'est localement. De tous ces signes, on arrive donc à conclure à une périarthrite coxo-fémorale.

L'articulation elle-même n'est pas atteinte, cela paraît évident. L'os coxal n'est pas douloureux, il ne présente pas non plus de tuméfaction, qu'on l'explore au niveau de l'ischion, du pubis ou de la crête.

Ce n'est pas non plus une affection osseuse du fémur ; on ne trouve aucun symptôme probant à l'appui de cette hypothèse. Et puis une altération osseuse, à si longue évolution et ainsi limitée, entrainerait-elle une aussi grande impotence fonctionnelle et n'aurait-elle pas donné lieu depuis longtemps à des abcès et à des fistules consécutives ?

En somme, tout donne à penser que toute l'affection porte sur les bourses séreuses de la région enflammée par la contusion qui a été si nettement le point de départ de son développement. La malade conserve un assez bon état général et un excellent facies. Il y a cependant un léger mouvement fébrile le soir.

3 août, ponction de la tumeur fluctuante avec l'aspirateur Dieulafoy. On retire 40 grammes d'un liquide louche, séreux plutôt que purulent, teinté de brun, présentant un état gluant, filant, bien marqué, qui ne peut laisser de doute sur son origine.

Le soir la température était à 39°.

4^e août, la ponction avait produit une légère diminution

des douleurs qui ont reparu, dit la malade, hier et avant-hier.

18 août, la collection ne s'est pas reproduite, mais on remarque un empâtement plus prononcé de la région antéro-externe de la cuisse au niveau de laquelle il y a un peu de douleur.

Le mouvement fébrile est moins accentué.

25 août, la tuméfaction de la partie externe de la cuisse persiste et on y découvre maintenant vers le bord externe du muscle couturier, entre lui et la tumeur du fascia lata, un point fluctuant situé plus en dehors que le premier qui a été ponctionné.

25 octobre, depuis cette époque jusqu'au 25 octobre, la collection a été ponctionnée plusieurs fois, mais s'est toujours reproduite, et, à ce moment, il existe *au dessous de l'épine iliaque et en dehors du couturier une grosse tumeur fluctuante, du volume d'un œuf de dinde, située très superficiellement.*

Rien dans le triangle de Scarpa; toujours douleur vive au niveau du grand trochanter et de la fesse.

Novembre, toujours persuadé que l'affection n'a pas pour siège l'articulation coxo-fémorale, M. Cusco prend la résolution d'ouvrir largement la collection qui s'est formée et d'en modifier les parois à l'aide du thermo-cautère.

La malade étant sous l'influence du chloroforme, on fait une large incision verticale du foyer. La surface interne des parois est formée par une épaisse couche de fausses membranes, de concrétions puriformes. M. Cusco cautérise vigoureusement toute cette surface.

Mais, comme il était à peu près certain que cette collection devait être consécutive à une lésion des bourses séreuses trochantériennes, on songe immédiatement à explorer

La fesse et, en effet, la pression à ce niveau fait sourdre vers l'angle supérieur du foyer ouvert une notable quantité de pus épais, crémeux, de bonne nature.

Le pus, au lieu de venir se faire jour, comme d'habitude, à la base du grand trochanter, s'est lentement frayé un chemin au dessous de cette ponction du fascia lata qui est tendue au devant du grand trochanter, entre le grand fessier et son muscle tenseur, pour venir apparaître vers le bord antérieur de celui-ci, entre lui et le bord externe du couturier. La compression exercée par l'appareil plâtré, exactement moulé sur la région, n'a peut-être pas été sans influence sur cette marche du pus.

Les jours suivants, les escharres se détachent et la surface du foyer superficiel prend un aspect bourgeonnant, mais le pus que la pression sur la fesse fait écouler est en quantité considérable, et il est décidé qu'on essaiera de passer un drain du foyer superficiel dans le foyer profond.

12 novembre, M. Oudin, interne du service, arrive facilement avec un conducteur à pénétrer dans ce dernier et au moyen du trocart de Chassaignac, qui se trouve à l'aise dans une assez grande cavité, il fait une contre-couverture en arrière du grand trochanter, vers le milieu de la fesse; un drain est passé d'avant en arrière.

Signalons l'atrophie considérable des muscles fessiers de ce côté et aussi des pelvi-trochantériens, la rotation de la jambe en dehors est plus accentuée qu'au début.

La présence du drain facilite singulièrement l'écoulement du pus et la malade est notablement soulagée. Cependant la hanche reste volumineuse, élargie et la malade conserve toujours un certain état fébrile. La température qui, après l'ouverture simple du foyer superficiel s'était élevée à 41°,

est tombée à 39° et, depuis, elle oscille entre 38° le matin et 39° le soir.

Peu d'appétit.

26 novembre, même état général; l'écoulement du pus est moins abondant. On peut provoquer dans l'articulation des mouvements de flexion et d'abduction notablement plus étendu sans que la malade ressente de la douleur. Le mouvement fébrile persiste et on n'ose rien tenter de nouveau en raison de cette circonstance et de l'état d'inappétence et d'assez grande faiblesse dans lequel est la malade, sans cela, M. Cusco serait assez d'avis d'aller débrider l'orifice postérieur et modifier les parois de l'abcès et les surfaces osseuses, si tant est qu'elles soient malades, car l'exploration n'a rien révélé à cet égard.

Janvier. Malheureusement, sous l'influence de cette longue et abondante suppuration, l'état général de la malade ne se relève pas; elle ne mange toujours pas, s'affaiblit et a toujours un peu de fièvre le soir.

La hanche et la fesse restent volumineuses et sont le siège d'un œdème considérable qu'on retrouve à un moindre degré sur le reste du membre. Celui-ci est placé dans une rotation en dehors plus prononcée encore.

L'impossibilité d'une nouvelle intervention dans de telles conditions, rend le pronostic beaucoup plus grave qu'on ne l'aurait cru au début et il devient certain que la vie de la malade est menacée par l'épuisement et peut-être la septicémie causée par la suppuration de cette grande cavité qu'on sait être large, anfractueuse, surtout à l'état pathologique (1).

(1) M. Duplay a revu la malade quelque temps après et l'a trouvée complètement guérie.

OBSERVATION XXXI

*Contusion de la fesse et inflammation aiguë de la bourse
séreuse trochantérienne. — (Thèse de Mielly, 1879.)*

Jacques P..., âgé de 34 ans, exerçant la profession de maçon, entre le 5 mai 1875, salle Saint-Joseph.

Cet homme a fait, il y a huit jours, une chute sur la fesse droite sans qu'il puisse préciser le point où le coup a porté. Le lendemain, quoique souffrant, il a pu continuer son travail habituel, mais dès le troisième jour après l'accident, il a dû se mettre au lit.

Aujourd'hui il y a de la rougeur et un gonflement énorme de toute la fesse droite, allant jusqu'à la région trochantérienne. La peau est chaude et la pression exercée sur ces parties réveille de la douleur. Il y a, dans toute la fesse, une fluctuation douteuse, qui ne devient bien évidente que sur le bord postéro-externe du grand trochanter. On note également une position vicieuse du fémur droit qui est dans la flexion avec légère rotation en dedans en même temps que légère adduction. De plus le fémur semble faire corps avec le bassin qui le suit dans les mouvements qu'on lui communique, si bien qu'on pourrait croire à l'existence d'une coxalgie.

On applique un large vésicatoire sur la région malade.

12 mai, le malade souffre un peu plus qu'à l'époque de son entrée. La température est plus élevée et son pouls plus rapide. La région de la fesse est aujourd'hui un peu moins tendue; mais, par contre, la région trochantérienne est plus gonflée, un peu douloureuse, et on constate à ce niveau une énorme collection liquide se propageant en avant et descendant

sur la face externe de la cuisse. Le toucher de cette tumeur fait en outre percevoir très nettement une sensation de gargouillement qui est l'indice d'une collection à la fois liquide et gazeuse.

On fait une très large incision sur le bord externe du grand trochanter, et une très grande quantité de pus mêlée de gaz s'échappe au dehors. Le doigt, introduit dans la plaie, peut contourner le grand trochanter, qui est mis à nu.

Le traitement consécutif a consisté dans de simples applications de farine de lin.

15 mai, le malade a passé une bonne nuit, et ce matin il se trouve bien soulagé.

OBSERVATION XXXII

Hygroma tuberculeux de la bourse trochantérienne du grand fessier; Guérison. — (Carl Trainer, Thèse de Greifswald, 1885.)

(Observation résumée.)

Jean Schmidt, 28 ans. A l'âge de 12 ans, chute sur la hanche droite suivie d'un gonflement considérable de la région trochantérienne. Cette tuméfaction persiste pendant deux ans et donne lieu à de vives douleurs. Après ce laps de temps, on pratique une incision suivie de drainage, la guérison survient et se maintient jusqu'à 21 ans. A cette époque, nouvel abcès envahissant toute la fesse et s'étendant en arrière jusqu'au sacrum. Le malade entre à l'hôpital. Incision, drainage, guérison.

Dans le courant de l'année suivante, la région s'enflamme de nouveau et il se forme une collection purulente située

sous le grand fessier et l'aponévrose fascia lata, et s'étendant en avant jusqu'au bord antérieur du grand trochanter.

Dernière récidence au milieu de décembre 1884. Le malade entre à la Clinique de chirurgie. Il est de grandeur moyenne, bien muselé. La région trochantérienne droite présente une profonde cicatrice, et l'on trouve, au dessus du grand trochanter, de la tuméfaction et de la fluctuation. Une large incision mit à nu une vaste cavité purulente, dont la paroi, tapissée de fongosités épaisses, était infiltrée de granulations tuberculeuses. L'examen microscopique y démontra l'existence du bacille de Koch.

La guérison marcha lentement. Pendant longtemps il persista un orifice fistuleux laissant écouler un liquide séreux. L'examen de ce liquide, au point de vue du bacille de Koch, donna un résultat négatif.

OBSERVATION XXXIII

Hématome suppurée de la région trochantérienne pendant le cours d'un ictère ; Ouverture ; Suppuration ; Incision large et pansement à plat. — (Thèse de Frédéric, 1888-89.)

Palmyre Marsal, âgée de 10 ans, d'une constitution délicate, entre à l'hôpital de La Charité le 12 août pour un ictère datant du 20 juin 1887.

En même temps que son ictère, la malade attirait l'attention sur la hanche gauche qui était douloureuse. La marche était impossible ainsi que le décubitus sur le côté malade.

A la partie externe de la fesse gauche au niveau du grand trochanter, il y avait, en effet, une collection de liquide du volume d'une orange.

En faisant coucher la jeune malade sur le côté sain, on voit que la cuisse du côté malade est légèrement fléchie sur le tronc. Nous constatons *en arrière du grand trochanter, à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale*, une tumeur du volume d'une orange, empiétant un peu sur la fosse iliaque externe peu saillante et n'ayant point, à première vue, des bords nettement délimités. Elle est douloureuse à la pression, mais la palpation superficielle est bien supportée et permet de constater que la tumeur est assez bien limitée, arrondie, nettement fluctuante, quoique recouverte par une assez grande épaisseur de tissus.

Le grand trochanter paraît comme légèrement hypertrophié dans sa moitié postérieure attenante à la collection.

Dé légers mouvements de rotation imprimés au fémur et la pression exercée en avant du triangle de Scarpa n'excitent aucune douleur. L'enfant consent à se tenir debout, mais elle se penche du côté sain, elle porte sa cuisse dans l'abduction et la rotation en dehors, et prend en somme l'attitude caractéristique de la sacro-coxalgie.

15 septembre, guérie presque complètement de son ictère, on la fait descendre en chirurgie pour cette tumeur qui a résisté à tous les révulsifs usités en pareils cas.

16 septembre, M. Guermontprez, qui supplée M. Duret, endort la malade et procède, après lavages antiseptiques au sublimé, à vider par une simple incision la poche. Il en sort, en assez grande quantité, un liquide noirâtre semblable à du marc de café, de caractère hématique, mais peu de pus.

Quelques jours après, l'enfant avait la fièvre, se plaignait, perdait l'appétit.

M. Guermontprez pense que cela tenait à la rétention du pus. Après une nouvelle anesthésie, le chirurgien vida complètement la cavité et y mit trois drains.

1^{er} octobre, en présence de la suppuration persistante, M. Duret ouvre largement la cavité par une incision cruciale et nettoie la vaste plaie des fongosités et des fausses membranes qu'elle contenait. Car la fièvre était intense, la température très élevée à grandes oscillations vespérales.

Une amélioration notable se fit alors sentir et au mois de février la malade sortait complètement guérie.

OBSERVATION XXXIV

Hématome traumatique de la bourse séreuse trochantérienne; Incision cruciale; Guérison. — (Thèse de Frédéric Si-Mohammed, 1888-1889).

Le nommé D. Dussart, 73 ans, plafonneur, entre dans le service de M. Duret, le 18 décembre 1887, pour une contusion violente de la jambe gauche.

A la suite d'une violente discussion avec un voisin, il fut brutalement renversé sur un tas de pierres par ce dernier. Après l'accident, Dussart marchait, mais péniblement.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, on observait au niveau de la région trochantérienne gauche, un vaste ecchymose occupant environ une étendue de 30 centimètres sur 15 de largeur et présentant différents degrés de coloration. La tumeur était nettement circonscrite, ferme, saillante, présentant une coloration plus noirâtre au centre; à la périphérie, au contraire, il y avait un mélange de bleu, de gris et de jaune.

Saisie à pleine main, on limitait nettement un coussinet résistant se déplaçant assez facilement.

On arrivait ainsi à limiter une vaste poche sanguine fluctuante et molle au centre et plus dure à la périphérie, où l'on percevait la crépitation sanguine. Cette poche était du reste

profonde. Cependant le malade pouvait assez bien marcher sans boiterie accusée.

On essaya pendant plusieurs jours la méthode résolutive, compresses d'eau blanche et enfin la compression ; mais n'obtenant pas de résultat quatorze jours après, le 27 décembre, M. Duret se décide à vider la poche ; soupçonnant l'existence de caillots volumineux qui eussent obtenu la canule du trocart, il rejette la ponction.

Il fait une incision cruciale d'environ 12 centimètres sur 8, et complètemment le foyer qui contenait à peu près un demi-litre de sang très mou, non liquide, avec d'énormes caillots. La plaie fut largement lavée à l'acide phénique (solution forte), puis bourrée de gaze iodoformée et laissée largement ouverte. Ce pansement fut renouvelé trois fois, puis le fond de la cavité ayant été comblé par les bourgeons charnus, on appliqua des bandelettes de diachylon.

Malgré l'étendue de la plaie, l'âge avancé du sujet, on ne vit aucune complication survenir ; jamais le thermomètre ne s'éleva au dessus de 37°3, et le malade n'éprouva même jamais de douleur au niveau de l'incision.

OBSERVATION XXXV

Hygroma de la bourse trochantérienne droite du fascia lata; Fistule consécutive datant de dix ans; Osteite du grand trochanter; Extirpation de la poche; Guérison. —
(Observation recueillie dans le service de M. Polaillon).

Perpoil Noël, âgé de 28 ans, exerce la profession de jardinier.

A part la mort de sa mère, survenue à la suite d'une maladie de poitrine qui dura un an, il n'y a rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

Pendant toute son enfance, sa santé fut délicate : vers l'âge de 8 ou 10 ans, il eut un abcès derrière la malléole externe qui persista pendant un an ; à peu près à la même époque, il fut atteint d'une affection oculaire, probablement d'une conjonctivite de nature strumeuse.

A l'âge de 18 ans, époque à laquelle il était occupé dans une ferme à des travaux de culture très pénibles, le malade constate la présence d'une petite tumeur à la partie supérieure et externe de la cuisse droite, au niveau de la région trochantérienne.

Il s'en aperçut comme par hasard et actuellement il ne se rappelle aucune circonstance qui ait pu en déterminer le développement.

Cette tumeur augmenta graduellement et, au bout de six mois, elle avait atteint le volume et la forme d'une petite orange. Elle était complètement indolente et ne gênait que par son volume.

Inquiété par cet accroissement progressif, le malade consulte un médecin. Ce dernier ponctionne la tumeur à l'aide d'un bistouri et, peu satisfait du résultat de cette ponction, (il ne s'était écoulé qu'un peu de sang et de sérosité) il traverse la tumeur à l'aide d'un fil qu'il laisse en place.

A la suite de cette intervention, la peau rougit, la tumeur devient douloureuse et la marche n'est possible qu'avec des béquilles.

Le malade garde le lit pendant trois mois ; les phénomènes aigus s'atténuent peu à peu, les orifices créés par le séton donnent passage à un liquide séro-purulent assez abondant, la tumeur s'affaisse progressivement et, dix-huit mois après, toute trace de tuméfaction avait disparu, seul un orifice fistuleux persistait, laissant écouler une petite quantité de liquide.

Le malade reprend ses travaux, il marche en trainant un peu la jambe.

La fistule ainsi établie s'est maintenue depuis lors. A plusieurs reprises, elle s'oblitéra pendant un à deux mois, mais après ce laps de temps, la région se tuméfiait, était douloureuse à la pression et le trajet fistuleux redevenait libre.

N... P... entre à l'hôpital de La Pitié, salle Broca, dans le service de M. Polaillon, le 4 juillet 1890.

A la hanche droite, environ 5 centimètres au dessous du bord supérieur du grand trochanter et vers la partie moyenne de l'apophyse, il existe un petit orifice fistuleux, à bords minces, d'où suinte un liquide séro-purulent. La peau est mobile sur les parties sous-jacentes.

L'exploration au stylet révèle une petite cavité circulaire d'un diamètre de cinq à six centimètres reposant exactement sur la face externe du grand trochanter. Il n'y a pas trace de dénudation osseuse.

La pression est douloureuse sur toute l'étendue du grand trochanter et lorsqu'on saisit ce dernier entre les doigts on reconnaît que son épaisseur dépasse celle du grand trochanter opposé. Cet accroissement est d'environ un tiers ou près de la moitié du volume normal.

On est frappé également de l'amaigrissement de la cuisse et de la fesse. Le pli fessier est moins accentué, presque effacé à sa partie externe. La mensuration pratiquée à trois centimètres au dessous de ce dernier donne 41 centimètres, pour le côté droit et 46 pour le côté gauche.

Il n'y a pas de position vicieuse du membre. L'articulation coxo-fémorale est libre, les mouvements s'exécutent facilement, mais leur étendue est un peu restreinte en raison de la douleur qu'ils provoquent au niveau de la région malade.

On porte le diagnostic de *fistule consécutive à un hygroma de la bourse séreuse sous-aponévrotique (bourse antérieure) et d'ostéite du grand trochanter.*

Opération le 19 juillet. — A l'aide de la sonde cannelée introduite par l'orifice fistuleux, M. Polaillon pratique une incision curviligne à concavité dirigée en avant et en haut et divise ainsi la peau et l'aponévrose sur une étendue d'environ huit centimètres. On se trouve alors en présence d'une cavité circulaire limitée par une surface lisse et humide. La paroi externe recouverte par le fascia lata est épaisse et indurée, la paroi interne se confond avec les tissus fibreux qui entourent le grand trochanter. Comme l'avait indiqué le stylet, l'os n'est mis à nu en aucun point.

La poche est extirpée à l'aide du bistouri aussi complètement que possible et les lèvres de la plaie sont suturées au crin de Florence.

Pansement antiseptique.

La réunion se fait par première intention sauf vers la partie moyenne de l'incision où il se forme un petit trajet fistuleux qui donne lieu à l'écoulement d'une quantité très minime de sérosité jaunâtre et transparente.

10 août, le malade quitte l'hôpital. Il vient se faire panser régulièrement toutes les semaines. Le grand trochanter, toujours douloureux à la pression, diminue peu à peu de volume.

25 septembre. — Le trajet fistuleux persistant toujours, le malade est de nouveau admis à l'hôpital. Sous l'influence du repos et des pansements iodoformés, l'oblitération de la fistule se fait rapidement, et la guérison est complète vers le milieu du mois d'octobre.

Seul l'apophyse, à peu près complètement indolore, présente encore un certain épaissement.

CONCLUSIONS

Le tissu cellulaire péri-trochantérien renferme des bourses séreuses en nombre variable, dont deux principales :

1° La bourse trochantérienne du fascia lata ou bourse antérieure. Circulaire, située entre la face externe du grand trochanter et le fascia lata, cette cavité n'existe pas chez tous les sujets ;

2° La bourse trochantérienne du grand fessier ou bourse postérieure. Elle est elliptique, située entre le bord postérieur du grand trochanter et le tendon du grand fessier ; on la rencontre constamment.

L'inflammation de ces cavités survient à la suite d'un traumatisme ou sous l'influence d'une maladie diathésique ou infectieuse : rhumatisme, tuberculose, etc...

Le liquide épanché est quelquefois séreux, le plus souvent purulent. Son évacuation spontanée ou provoquée est suivie de la production d'une fistule de durée indéfinie.

Cette affection est surtout remarquable par les troubles qu'elle occasionne dans les fonctions du membre inférieur, troubles qui rappellent ceux que

l'on observe dans la deuxième période de la coxalgie et par les altérations qu'elle est capable de provoquer dans le tissu osseux du grand trochanter.

Une intervention chirurgicale est nécessaire pour obtenir la guérison. L'extirpation de la poche et l'incision suivie de grattage sont les procédés de choix.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Pétrequin*. — Gazette médicale, janvier 1837; Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1842; Anatomie chirurgicale, 1844.
- Game*. — Thèse de Paris, 1846.
- Chassaignac*. — 1853. Archives générales de médecine et chirurgie; Traité de la suppuration (T. II); Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; article « Bourses séreuses ».
- Robert*. — Clinique chirurgicale, 1860.
- Verneuil*. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.
- Hervez de Chégoin*. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1865.
- Cruveilhier*. — Traité d'anatomie pathologique.
- Nélaton*. — Traité de chirurgie, 1868.
- Nicaise*. — Thèse d'agrégation, 1869.
- Prosnowski*. — Thèse de Paris, 1870.
- Nialls*. — In Lancet, 17 juin, 1871.
- Foix*. — Archives générales de médecine, 1872.
- Vacherie*. — Thèse de Paris, 1872.
- Duplay*. — Leçon clinique sur la périarthrite coxo-fémorale ; In Progrès médical, 1874.
- Renou*. — Thèse de Paris, 1874.
- Péan*. — Clinique chirurgicale, 1875-1876.
- English*. — Bursitis trochanterica ; Ostitis ; Heilung-Ber. d. k. k. Krankenanst ; Rudolph stiftung in Wienn, 1878' 439-441.

- Bazy.* — Courrier médical, 1879, p. 98-100.
Macnah. — In Lancet, 1879.
Teale. — In Lancet, 1880.
Mielly. — Thèse de Paris, 1879.
Lullier. — Thèse de Paris, 1879.
Bourny. — Thèse de Paris, 1882.
Gouzer. — Thèse de Paris, 1884-85.
Trainer Carl. — Thèse de Greifswald, 1885.
Frédéric Si-Mohammed. — Thèse de Paris, 1888-89.
Velpeau et Béraud. — Anatomie chirurgicale.
Dictionnaire de médecine et de chirurgie :
Eugène Kœberlé. — Article « Bourses séreuses ».
Valette. — Article « Hanche ».
Maurice Langier. — Article « Région fessière » ; Dictionnaire
encyclopédique des sciences médicales. id.
Farabeuf. — Article « Région fessière ».
Rohmer (de Nancy). — Article « Hanche ». id.
Sappey. — Anatomie descriptive.
Richet. — Anatomie topographique.
Tillaux. — Anatomie topographique.
Follin et Duplay. — Traité de pathologie externe.
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE ET INTRODUCTION.	5
CHAP. I. — De la Région trochantérienne.	10
CHAP. II. — Etiologie	23
CHAP. III. — Anatomie pathologique.	27
CHAP. IV. — Hygroma de la bourse séreuse trochan- térienne sous-cutanée	43
CHAP. V. — Hygroma des bourses séreuses trochan- tériennes sous-aponévrotiques :	48
1° Hygroma aigu	48
2° Hygroma chronique.	53
3° Complications.	65
4° Marche, durée, terminaison	65
5° Diagnostic	67
6° Pronostic.	76
7° Traitement.	77
OBSERVATIONS.	81
CONCLUSIONS.	164
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	166

